СОВРЕМЕННЫЙ УЧЕБНИК

В. Д. МЕНДЕЛЕВИИ

ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

учебное пособие для вузов

Допущено Учебно-методическим объединением вузов России
по образованию в области социальной работы
Министерства образования и науки РФ
в качестве учебного пособия

РЕЧЬ
Санкт-Петербург
2005

ББК88.5
М50

Допущено Учебно-методическим объединением вузов России
по образованию в области социальной работы Министерства образования и науки РФ
в качестве учебного пособия

Рецензент:
д. м. н., проф. Ю. С. Шевченко

Менделевия В. Д.

М50 Психология девиантного поведения. Учебное пособие. — СПб.: Речь, 2005. - 445 с.

ISBN 5-9268-0387-Х

В учебном пособии представлены основные разделы психологии девиантного поведения, охватывающие описание нормативного, гармоничного, идеального поведения, а также структуры, типов и клинических форм отклоняющегося поведения. Приведены критерии пяти отклоняющихся поведенческих типов (делинквентного, аддиктивного, патохарактерологического, психопатологического и на базе гиперспособностей) в форме агрессивного, аутоагрессивного поведений, нарушений пищевого поведения, сексуальных девиаций и перверсий, алкогольной и наркотической зависимостей, сверхценных психологических и психопатологических увлечений, коммуникативных девиаций и др. Отдельные главы посвящены этнокультуральным, тендерным, возрастным и профессиональным девиациям поведения, а также отклоняющемуся поведению хронически больных. Приводится описание основ комплексной терапии и коррекции поведенческих девиаций. Каждый раздел завершается тестами для программированного контроля знаний и списком рекомендуемой для самостоятельной подготовки литературы.

Учебное пособие является первым издаваемым в стране вузовским учебником по психологии девиантного поведения и соответствует курсу по данной дисциплине и по разделам клинической психологии. Оно может использоваться студентами, изучающими социальные, психологические и медицинские науки, а также врачами-психиатрами, психотерапевтами, клиническими (медицинскими) и практическими психологами, педагогами, социальными работниками для самостоятельного освоения данного курса.

ББК 88.5

ISBN 5-9268-0387-Х

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемое учебное пособие «Психология девиантного поведения» — плод долгих раздумий и исследований автора. В нем нашли отражение воззрения и подходы, появившиеся в отечественной психологической науке в последние годы, когда психологическая практика предъявила требования к созданию обоснованной платформы для осмысления механизмов формирования поведенческих девиаций и создания эффективных методов их коррекции и терапии. Существующая на протяжении многих лет неоднозначность ситуации в области оценки отклоняющегося поведения человека, в определении его границ, проявлений, в причислении к патологии или условной норме привела к тому, что эту сторону психической жизни индивида и соответствующую научно-практическую область психологии ученые стали обходить стороной. Психиатры, которые до возникновения психологии девиантного поведения занимались изучением исключительно патологической психической деятельности, вначале посчитали эту сферу знаний малозначимой в сопоставлении с учением о психозах, заполонивших психиатрическую науку и практику. Действительно, что в сравнении с шизофренией гемблинг (увлечение азартными играми)? Следствием гемблинга может стать лишь утрата денег, а следствием шизофрении — утрата личности и здоровья.

По мере естественного сужения сфер влияния психиатрии за счет становления клинической психологии и передачи в ее ведение значительной части так называемой «малой психиатрии» «большая психиатрия» начала экспансию в смежные научные области. Девиантные формы поведения, которые ранее расценивались ею как несущественные и малозначимые, стали рассматриваться как важные в плане предрасположенности к тяжелым психическим заболеваниям и были названы донозологическими (предболезненными) формами психических расстройств. Заметьте, не феноменов, а именно расстройств. Современная мировая психиатрия раскрыла себя в новой международной классификации. Из прежней классификации психических заболеваний (то есть нозологических форм) она превратилась сегодня в классификацию психических и поведенческих расстройств (то есть симптомов). С одной стороны, подобную метаморфозу можно приветствовать, поскольку наконец психиатрия стала переходить с ортодоксальных на феноменологические позиции; с другой — включение в сферу деятельности психиатрии поведенческих расстройств, которые автоматически стали как бы симптомами (ведь медицина занимается патологией и изучать здоровье не вполне подготовлена), следует признать по меньшей мере спорным. Сегодня, основываясь на новой

классификации, врач-психиатр имеет возможность ставить такие диагнозы, как: ковыряние в носу и сосание пальца (шифр F98.8), речь взахлеб (шифр F98.6) и кусание ногтей. Но диагносту не предоставлены медицинские критерии для разграничения, например, поведенческого расстройства в виде ковыряния в носу и привычки ковырять в носу. Особо следует отметить тот факт, что врачу-психиатру не предписывается, как прежде, использовать научные термины. Достаточно простой констатации факта, облеченной в форму обыденных выражений. Но ведь известно, что медицинский подход к терминологической оснащенности специалиста должен отличаться жесткостью, точностью и четкостью. Около 80% всех используемых в медицине терминов имеют латинское или греческое происхождение, что признается единственно правильным и должно способствовать отделению науки от паранауки или других наук.

Таким образом, можно утверждать, что сугубо психиатрическая парадигма в оценке отклоняющегося (не всегда относящегося к симптомам и расстройствам) поведения не способна быть объективной, и этот путь развития психологии девиантного поведения следует причислить к тупиковым.

Попытки ортодоксальной психологии в противовес психиатрии заняться изучением поведенческих девиаций и организацией помощи людям с подобными отклонениями также следует признать неудачными. Причина неудач кроется в стремлении априорно развести психологию и психопатологию девиантного поведения, заранее разделить психические и поведенческие расстройства, с одной стороны, и отклонения — с другой. Как следствие, предлагалось приписать психиатрии сферу психопатологии девиантного поведения, а психологии — условной нормы. Но ведь проблема как раз и заключается в диагностике и уже потом в способах оказания помощи. Нельзя решить лишь на основании внешних клинических признаков отклонения поведения, болен девиант психически или нет. Нельзя составить реестр однозначно психопатологически или стопроцентно психологически обусловленных девиаций. Попытки разделить психологию и психопатологию девиантного поведения до того, как проанализирован конкретный случай и определены мотивы выбора человеком подобного стиля поведения, являются нонсенсом. Да к тому же ортодоксальная психология не имеет инструмента для научно обоснованной диагностики и коррекции наблюдающихся особенностей поведения. Она предполагает, что диагностическая парадигма должна быть следующей: вначале психиатры должны отвергнуть «свою патологию», а затем психологи анализируют случай и оказывают психологическую помощь.

Каждодневная клиническая практика автора — психиатра, психотерапевта, сексопатолога, нарколога и клинического психолога в одном лице, невозможность заранее (до встречи со страждущим) предугадать, с пациентом или клиентом придется общаться и какую именно помощь оказывать (психофармакологическую, психотерапевтическую, собственно психологическую), заставили по-новому взглянуть на проблему отклоняющегося поведения. Суть этого нового взгляда выражается в убеждении, что ортодоксальность и консерватизм наук о психике, искусственное разведение специальностей (пси-

хиатрии и психологии) приводит к сужению поля научного видения проблемы и снижению эффективности помощи лицам с неадекватным и некомфортным для них и их окружения поведением.

Люди с отклоняющимся поведением могут иметь психические расстройства и быть психически больными, а могут быть душевно здоровыми. Такова реальность. В первом случае их поведенческая девиация имеет непосредственную связь с психической патологией, «вытекает» из нее и требует в основном психофармакологического лечения. Во втором — базируется на внутриличностном или межличностном конфликте, отражает какую-либо личностную «деформацию» и подразумевает необходимость коррекции с помощью методов психологического воздействия. Проблема изучения механизмов поведенческих отклонений становится значимой после того, как подобное поведение однозначно причислено к девиантному, определены его опознавательные клинические признаки и изучены индивидуально-психологические особенности девианта.

Часто бывает так, что девиант нуждается и в психотерапии, и в психокоррекции, и в психологическом консультировании, и в психофармакологическом сопровождении. Поэтому феноменологический подход к изучению психологии человека с девиантным поведением мы считаем единственно верным и научно обоснованным. Все остальные подходы позволяют рассмотреть и проанализировать лишь часть проблемы, а не проблему в целом.

Вторая особенность нашего подхода заключается в убежденности, что девиантное поведение не является атрибутом исключительно подросткового периода (как считалось раньше). Даже деликты способна совершать не только молодежь, но взрослые и пожилые. Важен не возраст девианта, а суть девиации. Значимы механизмы возникновения и становления отклоняющегося поведения. Последние же имеют как общевозрастные закономерности, так и специфические особенности.

Мы не претендуем на окончательность разработки теории и практики психологии девиантного поведения. Представленная автором позиция может рассматриваться как один из вариантов системного анализа данной проблемы и как попытка выделить психологию девиантного поведения из ряда родственных дисциплин. Альтернативные авторской точки зрения могли бы способствовать нахождению истины в научном споре и подлинному становлению новой научной дисциплины.

Данная работа не могла бы состояться без помощи коллег по работе — сотрудников кафедры медицинской и общей психологии с курсом педагогики Казанского государственного медицинского университета, которой я имею честь руководить, а также без традиций Казанской психиатрической школы, у истоков которой стоял В. М. Бехтерев.

Глава 1

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ НОРМА, ПАТОЛОГИЯ, ДЕВИАЦИИ

Современное положение в сфере наук, изучающих поведение человека, можно обозначить скорее как противостояние, чем как сотрудничество. Поведенческие феномены подвергаются, как правило, пристрастному анализу корпоративных научных сообществ, что не приводит к получению истинных знаний о предмете, имеющем несомненно мультидисциплинарный характер.

Психология девиантного поведения — это междисциплинарная область научного знания, изучающая механизмы возникновения, формирования, динамики и исходов отклоняющегося от разнообразных норм поведения, а также способы и методы их коррекции и терапии. Данная дисциплина находится на стыке клинической психологии и психиатрии, и для ее освоения требуются знания и навыки из этих научных областей.

Психология девиантного (отклоняющегося) поведения в данном контексте представляет собой типичный пример научной области, в которой знания, полученные учеными различных специальностей, до настоящего времени не привели к становлению отдельной научной дисциплины. Причиной тому — столкновение ортодоксально психологических и ортодоксально психиатрических взглядов на отклоняющееся от нормативного поведение. Отнюдь не риторическими остаются вопросы о том, следует ли относить девиации поведения к патологии (то есть к признакам психических расстройств и заболеваний, обозначаемых как симптомы, синдромы), или же они должны быть признаны крайними вариантами нормы; являются ли девиации поведения этапами психопатологических нарушений (то есть донозологическими психическими расстройствами), или между поведенческими болезненными расстройствами и девиантными формами поведения лежит пропасть; каковы причины (психогенез) отклоняющихся форм поведения: нарушения мозговой деятельности, навыков адаптивного поведения или социальных ожиданий; какие меры необходимы для восстановления адекватного поведения (если это возможно в принципе): психофармакологическая терапия или психологическая коррекция.

Для анализа механизмов поведенческих девиаций существенными являются знания, накопленные в таких областях, как клиническая психология,

патопсихология, нейропсихология, возрастная и семейная психология, общая психология и психология личности, психиатрия, психосоматика, педагогика и некоторые другие.

До последнего времени отмечалась тенденция дистанцировать проблемы, изучаемые в рамках психологии девиантного поведения, от проблем смежных дисциплин, что приводило и приводит к одностороннему, пристрастному взгляду на сложные теоретические и практические вопросы отклоняющегося от общепринятых стандартов поведения. Наиболее распространена попытка противопоставить *психологию и психопатологию девиантного поведения,* четко разделить проблемы здоровой и больной психической деятельности, что с нашей точки зрения ошибочно. Следствием данного подхода является стремление выделять девиации «в рамках психической нормы» и при психопатологических расстройствах, последние из которых предлагается обозначить иным термином (не «девиация»). Ярким примером может служить неудачная попытка разделить такую проблему девиантного поведения, как употребление наркотических веществ, на собственно психологическую (когда существует лишь психологическая зависимость от наркотика) и медицинскую (в случае «злоупотребления» наркотиком, формирования физической зависимости и заболевания — наркомании).

Приведенный выше широко распространенный подход, основанный на ортодоксальных принципах, не позволяет, с одной стороны, всесторонне объективно и беспристрастно анализировать механизмы психогенеза, то есть психические процессы, ответственные за формирование девиаций, с другой — не дает возможности оказывать адекватную и эффективную помощь. Консерватизм данной позиции отражается в поиске альтернативы ответственности за формирование и исход девиации.

Предлагаемая читателям книга «Психология девиантного поведения» отражает попытку автора взглянуть на эту сложную и весьма актуальную проблему, отбросив узкопрофессиональные мерки, и определить место психологии девиантного поведения в системе наук, изучающих поведение человека (рис. 1).

Можно утверждать, что психология девиантного поведения входит в спектр дисциплин, на одном из полюсов которого расположена психиатрия (психопатология и патопсихология), а на другом — общая психология. Принципиальное различие между дисциплинами, занимающими крайние положения спектра, заключается в подходах к диагностике и терапии девиаций поведения. Следует признать тот факт, что вероятность выявления психопатологической симптоматики и т. н. поведенческих расстройств существенно выше у представителя психиатрического, а не психологического сообщества. И это связано не столько с более широкими и глубокими знаниями психиатра в об-

Психиатрия ⟷ Психология„ девиантного ⟷ Клиническая ⟷ Психология

Рис. 1. Место психологии девиантного поведения в системе наук о поведении

ласти психопатологии, сколько с его *гипердиагностической парадигмой,* противопоставляемой *гиподиагностической парадигме* психолога. Таким образом, один и тот же поведенческий феномен в виде девиации может трактоваться специалистами и как психопатологический симптом, и как психологический феномен.

Промежуточное положение в приведенной схеме занимают клиническая психология и психология девиантного поведения. Они отличаются (или должны отличаться) от ортодоксальных дисциплин, расположенных на крайних полюсах спектра, в первую очередь феноменологическим подходом к оценке нормы и патологии. В клинической феноменологии действует принцип «как — так», который отражается в убеждении в том, что за каждым поведенческим феноменом может скрываться как феномен, так и психопатологический симптом. Принцип «как — так» противостоит ненаучному принципу «либо — либо», исповедуемому ортодоксальными психиатрами и психологами, когда каждый поведенческий феномен пытаются строго закрепить либо за психической патологией, либо за нормой.

Диагностика девиантного поведения часто затруднена по причинам скорее субъективным, чем объективным. Это связано с тем, что попытки признания какого-либо поведения однозначно отклоняющимся и даже патологическим приводят к игнорированию основополагающего принципа диагностики девиантного поведения, нацеленного на учет реальности, окружающей человека действительности. Справедливо в связи с этим замечание Мак-Каги о том, что девиантное поведение — это не просто поведение, «отличающееся от норм или принятых в обществе стандартов», но и «не удовлетворяющее социальным ожиданиям». В свою очередь, социальные ожидания обусловлены понятиями социального положения человека, этнической и культурной принадлежности, возрастного диапазона, пола, профессии и пр.

Предметом изучения психологии девиантного поведения являются отклоняющиеся от разнообразных норм ситуационные реакции, психические состояния, а также развития личности, приводящие к дезадаптации человека в обществе и / или нарушению самоактуализации и принятия себя в силу выработанных неадекватных паттернов поведения. Для того чтобы оценить типы, формы и структуру девиантного (отклоняющегося) поведения, необходимо представлять, от каких именно норм общества они могут отклоняться. **Норма** — *это явление группового сознания в виде разделяемых группой представлений и наиболее частых суждений членов группы о требованиях к поведению с учетом их социальных ролей, создающих оптимальные условия бытия, с которыми эти нормы взаимодействуют и, отражая, формируют его* (К. К. Платонов). Выделяют следующие нормы:

1) правовые;
2) нравственные;
3) эстетические.

Правовые нормы оформлены в виде свода законов и подразумевают наказание при их нарушении, нравственные и эстетические нормы не регламен-

тированы столь строго, и при их несоблюдении возможно лишь общественное порицание. В первом случае можно говорить о том, что человек поступает «не по закону», во втором — «не по-людски». Отдельно в рамках каждой их вышеперечисленных общественных норм описывают *нормы сексуального поведения.* Это обусловлено повышенной значимостью сексуального и полоролевого поведения человека, а также частотой девиаций и перверсий именно в этой интимной сфере жизнедеятельности человека. При этом нормы сексуального поведения регулируются как на уровне права, так и на уровне нравственности и эстетики. Кроме того, можно выделить и *нормы психологически комфортного самочувствия (переживания), рефлексии, удовлетворенности собой,* нарушение которых способно приводить человека к эмоциональному дискомфорту и появлению т. н. психологических комплексов. Индивид, становясь свободным и ответственным и формируя нормативное (недевиантное) поведение, осознанно принимает на себя ответственность за соблюдение «писаных» законов, которые предполагают сохранение прав и свобод окружающих его людей, а также «неписаных» норм — традиций и стереотипов поведения, принятых в той или иной микросоциальной среде. Девиантным поведением считается такое, при котором наблюдаются отклонения хотя бы от одной из общественных норм.

Поведенческая **патология** (по П, Б. Ганнушкину) подразумевает наличие в поведении человека таких признаков, как:

1) склонность к дезадаптации;
2)тотальность;
3) стабильность.

Под *склонностью к дезадаптации* понимается существование паттернов поведения, не способствующих полноценной адаптации человека в обществе, в виде конфликтности, неудовлетворенности взаимодействиями с окружающими людьми, противостояния или противоборства реальности, социально-психологической изоляции. Наряду с дезадаптацией, направленной вовне (межличностная дезадаптация), существует внутриличностная дезадаптация, при которой поведение человека отражает неудовлетворенность собой, непринятие себя как целостной и значимой личности. Признак *тотальности* указывает на то, что патологические поведенческие стереотипы способствуют дезадаптации в большинстве ситуаций, в которых оказывается человек, то есть имеют место «везде». *Стабильность* отражает длительность проявления дезадаптивных качеств поведения, а не их сиюминутность и ситуативную обусловленность. Поведенческая (психическая) патология может быть обусловлена психопатологическими проявлениями (симптомами и синдромами), а также базироваться на патологии характера, сформированной в процессе социализации.

Широкая область научного знания охватывает **аномальное, отклоняющееся, ненормативное, девиантное поведение** человека. Существенным параметром такого поведения выступает отклонение в ту или иную стороны с различной интенсивностью и в силу разнообразных причин от поведения, которое признается нормальным и неотклоняющимся. Существует представление о

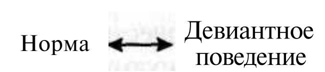


Рис. 2. Девиантное поведение как переходный вариант поведенческой психической патологии

том, что девиантные формы поведения — это переходные, неразвернутые варианты поведенческой психической патологии. И основным принципом их диагностики следует признать, с одной стороны, отсутствие качеств поведенческой нормы, с другой — отсутствие психопатологических симптомов (рис. 2). Однако более адекватным представляется обозначение как девиантного любого отклоняющегося от нормы поведенческого стереотипа (как собственно девиантного — без признаков психической патологии, так и поведенческих эквивалентов психических расстройств и заболеваний) (рис. 3).

В следующей главе будут приведены характеристики нормального (нормативного) и гармоничного поведения: сбалансированность психических процессов (на уровне свойств темперамента), адаптивность и самоактуализация (на уровне характерологических особенностей), духовность, ответственность и совестливость (на личностном уровне). Так же, как норма поведения базируется на этих трех составляющих индивидуальности, так и аномалии и девиации основываются на их изменениях, отклонениях и нарушениях. Таким образом, **девиантное поведение** человека можно определить как *систему поступков или отдельные поступки, противоречащие принятым в обществе нормам и проявляющиеся в несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации и уклонении от нравственного и эстетического контроля над собственным поведением.*

Считается, что взрослый индивид изначально обладает стремлением к «внутренней цели», в соответствии с которой осуществляются все без исключения формы его активности **(«постулат сообразности»** по **В.** А. Петровскому). Речь идет об изначальной адаптивной направленности любых психических процессов и поведенческих актов. Выделяют различные варианты «постулата сообразности»: *гомеостатический, гедонистический, прагматический.* При гомеостатическом варианте постулат сообразности выступает в форме требования к устранению конфликтности во взаимоотношениях со средой, элиминации «напряжений», установлению «равновесия». При гедонистическом варианте действия человека детерминированы двумя первичными аффектами: удовольствием и страданием и все поведение интерпретируется как максимизация удовольствия и страдания. Прагматический вариант использует принцип оптимизации, когда во главу угла ставится узкопрактическая сторона поведения (польза, выгода, успех).



1. Без признаков психопатологии
2. На базе психопатологии

Рис. 3. Девиантное поведение как отклоняющийся от нормы поведенческий стереотип

ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ НОРМЫ, ПАТОЛОГИИ И ДЕВИАЦИЙ

Выделяются несколько подходов к оценке поведенческой нормы, патологии и девиаций:

- социальный;
- психологический;
- психиатрический;
- этнокультурный;
- возрастной;
- тендерный;
- профессиональный.

Социальный подход базируется на представлении об общественной опасности или безопасности поведения человека. В соответствии с ним к девиантному следует относить любое поведение, которое явно или потенциально является опасным для общества, окружающих человека людей. Упор делается на социально одобряемых стандартах поведения, бесконфликтности, конформизме, подчинении личных интересов общественным. При анализе отклоняющегося поведения социальный подход ориентирован на внешние формы адаптации и игнорирует индивидуально-личностную гармоничность, приспособленность к самому себе, принятие себя и отсутствие т. н. психологических комплексов и внутриличностных конфликтов.

Психологический подход, в отличие от социального, рассматривает девиантное поведение в связи с внутриличностным конфликтом, деструкцией и саморазрушением личности. Имеется в виду тот факт, что сутью девиантного поведения следует считать блокирование личностного роста и даже деградацию личности, являющиеся следствием, а иногда и целью отклоняющегося поведения. Девиант, в соответствии с данным подходом, осознанно или неосознанно стремится разрушить собственную самоценность, лишить себя уникальности, не позволить себе реализовать имеющиеся задатки.

В рамках *психиатрического подхода* девиантные формы поведения рассматриваются как преморбидные (доболезненные) особенности личности, способствующие формированию тех или иных психических расстройств и заболеваний. Под девиациями зачастую понимаются не достигшие патологической выраженности в силу различных причин отклонения поведения, то есть те «как бы психические расстройства» (донозологические), которые не в полной мере соответствуют общепринятым критериям диагностики симптомов или синдромов. Несмотря на то что эти отклонения и не достигли психопатологических качеств, они все же обозначаются термином «расстройства».

Этнокультурный подход подразумевает тот факт, что девиации следует рассматривать сквозь призму традиций того или иного сообщества. Считается, что нормы поведения, принятые в одной этнокультурной группе или социо-

культурной среде, могут существенно отличаться от норм (традиций) иных групп. Вследствие этого существенным признается учет этнических, национальных, расовых, конфессиональных особенностей человека. Предполагается, что диагностика поведения человека как отклоняющегося возможна лишь в случаях, если такое поведение не согласуется с нормами, принятыми в микросоциуме, или человек демонстрирует поведенческую ригидность (негибкость) и неспособность к адаптации в новых этнокультурных условиях (например, в случаях миграции).

Возрастной подход рассматривает девиации поведения с позиции возрастных особенностей и норм. Поведение, не соответствующее возрастным шаблонам и традициям, может быть признано отклоняющимся. Это могут быть как количественные (гротескные) отклонения, отставание (ретардация) или опережение (ускорение) возрастных поведенческих норм, так и их качественные инверсии.

Гендерный подход исходит из представления о традиционных половых стереотипах поведения, мужском и женском стиле поведения. Девиантным поведением в рамках данного подхода может считаться гиперролевое поведение и инверсия шаблонов тендерного стиля. К тендерным девиациям могут относиться и психосексуальные девиации в виде изменения сексуальных предпочтений и ориентации.

Профессиональный подход в оценке поведенческой нормы и девиаций базируется на представлении о существовании профессиональных и корпоративных стилей поведения и традиций. Имеется в виду, что профессиональное сообщество диктует своим членам выработку строго определенных паттернов поведения и реагирования в тех или иных ситуациях. Несоответствие этим требованиям позволяет относить такого человека к девиантам.

Перечисленные подходы к оценке поведенческой нормы, патологии и девиаций несомненно дополняют и обогащают диагностический процесс, позволяя осуществлять его с феноменологических позиций и учитывать все аспекты проблемы (рис. 4).



Рис. 4. Аспекты поведенческой нормы, патологии и девиации

Феноменологический подход к оценке поведенческой нормы, патологии и девиаций, в отличие от социального, психологического или психиатрического, позволяет учитывать все отклонения от нормы (не только социально опасные или способствующие саморазрушению личности). Используя его, можно диагностировать и нейтральные с точки зрения общественной морали и права поведенческие отклонения (например, аутистическое поведение), и даже положительно окрашенные девиации (например, трудоголизм). Кроме того, феноменологическая парадигма позволяет усматривать за каждым из отклонений в поведении механизмы психогенеза, что позволяет в дальнейшем выбрать адекватную и эффективную тактику коррекции поведения. Так, трудоголизм как поведенческая девиация может быть рассмотрен и истолкован как аддикция, сформированная на базе стремления к уходу от реальности путем фиксации внимания на строго определенном виде деятельности, и как проявление психопатологических особенностей, например, в рамках маниакального синдрома. Лишь феноменологический подход способен беспристрастно и объективно подойти к анализу отклоняющегося поведения и способствовать пониманию сущностных мотивов поведения человека.

ИДЕАЛЬНАЯ НОРМА, КРЕАТИВНОСТЬ И ДЕВИАЦИИ ПОВЕДЕНИЯ

Феноменологический подход в оценке поведенческой нормы позволяет говорить как о нормативном и гармоничном поведении, противостоящем девиантному и патологическому, так и об **идеальной поведенческой норме.** Она подразумевает не только «сообразность поведения» (по В. А. Петровскому), но и его творческую направленность — креативность, или плодотворность (по Э. Фромму). Несомненно, что «личность как специальное человеческое образование не может быть выведена из приспособительной деятельности» (А. Н. Леонтьев). Гармония не может основываться лишь на «критерии выживаемости» — способности человека быть адаптивным. Она не может базироваться даже на критерии «качества жизни», то есть удовлетворенности «собой приспособившимся». Ведь в таком случае наиболее гармоничным следует признать обывателя. Идеальной поведенческой нормой следует признать сочетание гармоничной нормы с креативностью индивида.

По мнению В. А. Петровского, человека можно считать творческим и идеальным, если его «могут [добавим: и должны. — *В. М.*} притягивать опасность, неопределенность успеха, неизведанное». Подобная избыточная деятельность (активность) названа *надситуативной активностью* и справедливо отнесена к нормативной, поскольку прогресс в сфере культуры в значительной мере связан с готовностью и склонностью людей к неприспособительному (неклишированному, гибкому и нешаблонному) поведению.

Одной из форм такого поведения признается *поисковая активность,* направленная на удовлетворение потребности в новой информации, в новых переживаниях, расширении своего опыта (В. С. Ротенберг, В. В. Аршавский). Обыватель, как типичный представитель нормативного и даже гармоничного (в плане приспособительных способностей) поведения, не склонен к поисковой активности. Он стремится максимально избежать риска, а значит, новых ситуаций, новой информации, новых переживаний, нового опыта. Он устремлен на сохранение status quo и в этом ракурсе предстает нелюбознательным (скорее любопытным), ищущим гарантий и стабильности, а не знаний, ощущений и переживаний. Девиант, напротив, излишне любознателен, крайне нестабилен и в высшей степени склонен к риску и существованию в неопределенности.

Парадокс заключается в том, что девиантное и идеальное поведение могут иметь сходные черты. Можно утверждать, что многие лица с девиантным поведением — творческие люди. Их отклоняющееся поведение будет справедливо считать активным творческим поиском, имеющим, однако, неадаптивную и зачастую саморазрушающую направленность. Отличие состоит в том, что для подлинного творчества (идеальной нормы) удовольствие заключается в самом процессе поиска, а отрицательный результат только усугубляет знание о предмете и сигнализирует о том, что направление поиска должно быть изменено, в то время как для девиантной разновидности поисковой активности основной целью является результат — удовольствие.

Список сходных черт креативных и девиантных личностей предлагают Ф. Баррон и Д. Харрингтон. Он включает самостоятельность суждений, способность находить привлекательность в трудностях, эстетическую ориентацию и способность рисковать. Ф. Фарли выделяет особый тип личности — Т-личность. Она определяется как «искатель возбуждения». Люди с таким типом личности могут либо достигать высокой степени креативности, либо демонстрировать деструктивное, даже криминальное поведение.

По Д. Симонтону, у творческой личности можно выделить семь базовых векторов. Их сопоставление с критериями диагностики аддиктивного типа девиантного поведения указывает на существенную близость этих разновидностей поведения (табл. 1).

Наши исследования лиц с девиантным поведением в форме наркотической зависимости (В. Д. Менделевич, Л. Р. Вафина) показывают, что наркоманы являются более творческими личностями, чем здоровые (ненаркоманы). Они обладают достаточной силой авторского «Я» (по Л. Я. Дорфману), чтобы справляться с жизненными трудностями, то есть «имеют инстанцию, относительно независимую от внешних влияний». Однако показатели таких инстанций, как Я-превращенное и Я-вторящее, говорят о самоотчуждении и подверженности влиянию социальных ролей на самовосприятие, что может также трактоваться как «отказ от авторского *Я* в пользу переживаний внешних впечатлений и событий». С другой стороны, Я-авторское у них имеет достаточно прочные связи со спонтанностью, аутосимпатией, креативностью и со стремлением к самоактуализации, которые являются системообразую-

Таблица 1

Креативная личность и девиант: сравнительный анализ

№	**Креативная личность (по Д. Симонтону)**	**Девиант (аддиктивная** личность)
1	Независимость взглядов и неконформность суждений	Неконформность, неадаптивность поведения и суждений вследствие скрытого комплекса неполноценности
2	Стремление выйти за рамки, «нарушить границы», оригинальность и нестандартность	«Жажда острых ощущений», необычных переживаний, склонность к риску, эпатажность
3	Открытость ко всему новому и необычному	«Жажда острых ощущений», новых запредельных переживаний, новых, необычных и нетривиальных способов достижения удовлетворение
4	Устойчивость к неопределенным ситуациям	Хорошая переносимость кризисных ситуаций в сочетании с плохой адаптацией к обыденным ситуациям
5	Конструктивная активность в предметной деятельности	Высокий уровень поисковой активности в сфере девиантных интересов
6	Сила «Я», связанная с возможностью автономного функционирования и устойчивостью к давлению социального окружения	Независимость в недевиантных сферах деятельности, сочетаемая со стремлением обвинять окружающих и с зависимостью в сфере аддикции
7	Чувствительность к красоте в широком смысле слова	—
8	—	Внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими контактами
9	—	Стремление уходить от ответственности
10	—	Стремление говорить неправду
11	—	Тревожность

шими компонентами структуры личности. Для наркозависимых (как это ни парадоксально) характерными оказываются некоторые качества самоактуализирующейся личности: высокая потребность в познании, открытость новому опыту, автономность, стремление к самораскрытию в общении с другими людьми.

Известно, что креативность включает творческие возможности (способности) индивида, характеризующиеся готовностью к продуцированию принципиально новых идей. Фундаментом креативности служит дивергентное мышление — способность мыслить равноценными альтернативами в ответ на требования новой ситуации. Согласно концепции метаиндивидуального мира Л. Я. Дорфмана, индивидуальность и ее мир (в частности, значимые другие люди) противопоставляют себя друг другу и в то же время полагают себя друг в друге. В результате индивидуальность приобретает двойственность своей качественной определенности. С одной стороны, она выделяется из окружающего ее мира, характеризуется автономностью. В этой связи индивидуальности присущ один ряд качеств (например, автономность, самоидентичность,

интернальный локус контроля, поленезависимость). С другой стороны, индивидуальность испытывает на себе влияния значимых для нее людей, и эти влияния формируют у индивидуальности другой ряд качеств (например, зависимость, групповую идентичность, экстернальный локус контроля, полезависимость). В зависимости от модальности (субмодальности) «Я» может иметь некоторое множество лиц и не иметь лица (Л. Я. Дорфман).

Л. Я. Дорфман определяет базовые и вторичные компоненты в структуре «Я». Его базовыми частями являются Я-авторское, Я-воплощенное, Я-вторящее, Я-превращенное. Вторичными — Я-внутреннее, Я-внешнее, Я-расширение (авторское), Я-расширение (вторящее), Я-расширение (систем), Я-расширение (подсистем). Я-авторское характеризует «Я» как самостоятельную инстанцию в смысле ее относительной независимости от внешних влияний, как персональную идентичность и самость. Я-воплощенное — продолжение авторского «Я» в формах его вкладов в людей, предметы, вещи внешнего мира, в живую и неживую природу. Проявляется в продуктах самоосуществления авторского «Я», личностных вкладах, в трансформациях объекта (другого субъекта) в результате его подчинения авторскому «Я». Я-вторящее описывает «Я», производное от внешних влияний и воздействий, реагирует на внешние влияния в форме субъективных впечатлений и ощущений. Характеризуется социальной идентичностью, подверженностью влияниям принятых социальных ролей на самовосприятие, отношением к себе как к другому при исполнении опять-таки социальных ролей, а иногда и отказом от авторского «Я» в пользу внешних впечатлений и событий. Я-превращенное характеризует становление «Я» в другом, как бы превращение «Я» в других людей, вещи, предметы, объекты живой и неживой природы. Обнаруживается в его отождествлении с актуальными или новыми значениями объектов и других людей, принятии социальных ролей, чувствах принадлежности и связанности с объектами мира и другими людьми. Я-внутреннее является вторичным компонентом экзистенциального «Я» в том смысле, что оно складывается из Я-авторского и Я-вторящего. Я-внутреннее отражает внутренние переживания человека. Я-внешнее вторично и складывается из Я-воплощенного и Я-превращенного.

В процессах воплощения, по мнению Л. Я. Дорфмана, индивидуальность воспроизводит, умножает, расширяет, продолжает себя. Итог воплощения состоит не в том, что меняется индивидуальность. Напротив, она стремится изменить мир людей и вещей, сохраняя себя в неизменности. В процессах же превращения, будучи в другом, индивидуальность начинает жить другим и становится другой. Тем самым процессы превращения означают конечность индивидуальности как единичности и направлены на «быть в другом другим», то есть на сохранение объекта и на изменение своей индивидуальности. Таким образом, назначение объектов в воплощении состоит в том, чтобы существовать ради индивидуальности, то есть служить, дополнять, защищать, а в превращении — расширять поле своего существования за счет включения в него, приобщения к нему индивидуальности. Автор исходит из того, что главной функцией экзистенциального «Я» в целом является расширение «Я», согласованное с ростом индивидуальной и социальной идентичности.

Креативное мышление, характерное для идеального поведения, имеет свои особенности. Во-первых, оно пластично. Творческие люди предлагают множество решений в тех случаях, когда обычный человек может найти лишь одно или два. Во-вторых, оно подвижно: для творческого человека не составляет труда перейти от одного аспекта проблемы к другому, не ограничиваясь единственной точкой зрения. И наконец, оно оригинально, так как порождает неожиданные, небанальные и непривычные решения (Ж. Годфруа).

Доказательством сходства некоторых структур идеального и девиантного поведений является факт кардинальных изменений, происходящих в поведении девианта после истинного исправления его поведенческого дефекта, в виде личностного роста и развития креативности. Известно, что опыт фобического и иных разновидностей невротического отклоняющегося поведения нередко приводит к личностному росту и раскрытию творческих способностей бывшего девианта. У бывших наркоманов и членов их семей также в случае эффекта терапии регистрируется личностный рост и креативность.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СТЕРЕОТИПОВ

Одна из наиболее значимых теоретических и практических проблем современной психологии девиантного поведения — диагностическая. Суть ее заключается в выработке объективных и достоверных критериев диагностики поведенческих отклонений человека и квалификации их как *психологических феноменов* или *психопатологических симптомов*.

В настоящее время выделяется несколько основополагающих принципов разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов в сфере оценки поведенческих особенностей, базирующихся на феноменологическом подходе к оценке нормы и патологии.

Принцип Курта Шнайдера гласит: «В связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью (психопатологическим симптомом) признается лишь то, что может быть таковой доказано». Обратим внимание на, казалось бы, экзотическое для клинической психологии слово «доказано». О каких доказательствах может идти речь? Существует лишь один способ доказательства (не менее объективный, чем в других науках). Это доказательства с помощью *законов логики* — науки о законах правильного мышления, или науки о законах, которым подчиняется правильное мышление.

«Подобно тому, как этика указывает законы, которым должна подчиняться наша жизнь, чтобы быть добродетельной, и грамматика указывает правила, которым должна подчиняться речь, чтобы быть правильной, так логика указывает нам правила, законы или нормы, которым должно подчиняться наше мышление для того, чтобы быть истинным», — писал известный русский логик Г. И. Челпанов. По мнению английского философа Д. Милля,

польза логики главным образом отрицательная — ее задача заключается в том, чтобы предостеречь от возможных ошибок.

Если диагност пытается доказать наличие у человека девиаций поведения в связи с наличием бреда (то есть ложных умозаключений), он должен делать неложные, но верные умозаключения и обладать способом их доказательства. Рассмотрим это положение на следующем примере. Мужчина, будучи убежденным в том, что жена ему изменяет, устраивает за ней слежку, контролирует время прихода на работу, проявляет грубость и раздражительность. Его поведение может иметь характер как адекватности (в случае реальной измены супруги), так и неадекватности и девиантности (если его умозаключения не основаны на реальности). Кроме того, девиантным может быть признано также поведение психически здорового ревнивца в виде настойчивых требований к жене подробно рассказать о ее прошлых (до замужества) сексуальных связях или стремления развестись после того, как жена «выказала знаки внимания соседу». Такой девиант может «доказывать» свое убеждение в изменах жены следующим умозаключением: «Я убежден, что жена мне изменяет, потому что я застал ее в постели с другим мужчиной». Можем ли мы признать подобное доказательство истинным, а такого человека психически здоровым? В подавляющем большинстве случаев обыватель и почти каждый клиницист признают, что он здоров. Представим, что тот же мужчина приводил бы иные «доказательства», например, такие: «Я убежден, что жена мне изменяет, потому что она в последнее время стала использовать излишне яркую косметику» или «...потому что она уже месяц отказывается от интимной близости» или «...потому что она вставила новые зубы» и т. д. Какое из «доказательств» можно признать истинным? На основании здравого смысла подавляющее большинство людей укажет, что все, кроме последнего, явно недоказательны. Но найдутся и те, которые с определенной долей вероятности могут согласиться, например, со вторым «доказательством», признают менее вероятным (но все же вероятным) первое «доказательство».

Для того чтобы разрешить эту типичную для диагностики задачу, необходимо, наряду с *критерием доказанности* (достоверности), ввести еще один критерий из области логики — *критерий вероятности.* По определению, вероятность, выражаемая единицей (1), есть достоверность. Для того чтобы показать, каким образом определяется степень вероятности наступления какого-либо события, возьмем широко известный пример. Предположим, перед нами находится ящик с белыми и черными шарами и мы опускаем руку, чтобы достать оттуда какой-нибудь шар. Спрашивается, какова степень вероятности того, что мы достанем белый шар. Для того чтобы определить это, мы сосчитаем число шаров — белых и черных. Предположим, что число белых равняется 3, а число черных — 1; тогда вероятность, что мы достанем белый шар, будет равняться %, то есть из 4 случаев мы можем рассчитывать на 3 благоприятных и 1 неблагоприятный. Вероятность для черного шара будет выражаться как %, то есть из 4 случаев можно рассчитывать только на 1 благоприятный. Если в ящике находится 4 белых шара, то вероятность, что попадется белый шар, будет выражаться числом $^{4}/4 = 1$.

Для анализа случая с идеями ревности, приведенного выше, необходимо знание и такого логического феномена, как **аналогия.** Аналогией называется умозаключение, в котором, исходя из сходства двух вещей в известном числе свойств, можно заключить о сходстве и других свойств (Г. И. Челпанов). Например, следующее умозаключение может быть названо умозаключением по аналогии: «Марс похож на Землю в части своих свойств — Марс обладает атмосферой с облаками и туманами, сходными с земными, Марс имеет моря, отличающиеся от суши зеленоватым цветом, и полярные страны, покрытые снегом, — отсюда можно сделать заключение, что Марс похож на Землю и в других свойствах, например, что он, подобно Земле, обитаем».

Основываясь на законах логики, понятиях вероятности, достоверности и феномене умозаключения по аналогии, можно проанализировать диагностический случай с мужчиной, утверждающим, что жена ему неверна. Таким образом, для научного анализа существенным будет не нелепость «доказательства» (например, «изменяет, потому что вставила новые зубы»), а распределение этим человеком спектра вероятности правильности его умозаключения о неверности жены на основании того или иного факта. Естественно, что объективно подсчитать вероятность того, что установка новых зубов указывает на то, что жена изменяет, невозможно; однако, основываясь на микросоциальных традиций, культурных особенностях и других параметрах, можно говорить о том, что это маловероятно. Если же обследуемый наделяет подобный факт качествами достоверности, то можно предполагать, что его мышление действует уже не по законам логики, и на этом основании предположить наличие психопатологического синдрома — бреда.

То же самое можно предположить, если в качестве доказательства собственной правоты обследуемый приводил бы чей-либо конкретный пример, поскольку известно, что заключение по аналогии не может дать ничего, кроме вероятности. При этом степень вероятности умозаключения по аналогии зависит от трех обстоятельств: 1) количества усматриваемых сходств; 2) количества известных несходств и 3) объема знания о сравниваемых вещах.

Доказательство наличия психического расстройства, согласно принципу Курта Шнайдера, базируется на двух аспектах логики: а) оценке логики поведения и объяснения этого поведения испытуемым и б) логике доказательства. В доказательстве обычно различают тезис, аргумент и форму доказательства. Это выглядит так: тезис — обследуемый психически болен, аргумент (аргументы) — например, «его мышление алогично, имеется бред», форма доказательства— доказывается, почему его мышление диагност считает алогичным, на основании каких критериев расценивает его высказывания как бредовые и т. д.

Еще одним принципом, которому следует научная диагностическая (феноменологическая) доктрина, является **принцип «презумпции психической нормальности».** Суть его заключается в том, что никто не может быть признанным психически больным до того, как поставлен диагноз заболевания, или никто не обязан доказывать отсутствие у себя психического заболевания. Также как и ничье поведение не может быть признано девиантным, пока не приведены научные доказательства данного факта. В соответствии с этим прин-

ципом человек изначально для всех является психически здоровым, пока не доказано противное, и никто не вправе требовать от него подтверждения этого очевидного факта.

Основными принципами диагностики, претендующей на научность своих взглядов, на сегодняшний день можно считать **феноменологические принципы.** В сфере диагностики психических расстройств феноменологический переворот совершил в начале XX века известный немецкий психиатр и психолог Карл Ясперс. Базируясь на философской концепции феноменологической философии и психологии Гуссерля, он предложил принципиально новый подход к анализу психических (в том числе поведенческих) симптомов и синдромов.

В основе феноменологического подхода в психологии девиантного поведения лежит понятие **феномена.** Феноменом можно обозначать любое индивидуальное целостное психическое переживание и связанное с ним поведение.

Феноменологический подход в диагностике, в отличие от ортодоксального и некоторых иных (например, психоаналитического), использует *принципы понимающей, а не объясняющей психологии*. Переживание человека рассматривается многомерно, а не толкуется (как это принято в ортодоксальных психиатрии и психологии) однозначно. За одним и тем же переживанием и поведением может скрываться как психологически понятный феномен-признак, так и психопатологический симптом. Для феноменологически ориентированного диагноста не существует однозначно патологических психических переживаний и девиантных форм поведения. Каждое из них может относиться как к нормальным, так и к аномальным. Если в рамках ортодоксальной психиатрии вопрос нормы / патологии трактуется произвольно на базе соотнесения собственного понимания истоков поведения человека с нормами общества, в котором тот проживает, то при использовании феноменологического подхода существенное значение для диагностики имеют субъективные переживания и их трактовка самим человеком. Диагност же следит лишь за логичностью этих объяснений, а не трактует их самостоятельно в зависимости от собственных пристрастий, симпатий или антипатий и даже идеологических приоритетов.

Использование феноменологического метода в диагностическом процессе, по Ю. С. Савенко, должно включать в себя восемь применяемых последовательно и описанных ниже принципов:

1. Рассмотрение самого себя как тонкого инструмента, органа постижения истины и длительное пестование себя для этой цели. Убеждение в необходимости для этого чистой души.

2. Особая установка сознания и всего существа: благоговейное отношение к Истине и Природе, трепетное — к предмету постижения: понять его в его самоданности, каков он есть.

3. Боязнь не то что навязать, но даже привнести что-то инородное от себя, замутнить предмет изображения, исказить его. Отсюда задача: не доказать свое, не вытянуть, не навязать, не выстроить, а — забыв себя, отрешившись от всех пристрастий, — войти в предмет изображения, раствориться в нем и уподобиться ему и, таким образом, не построить, а обнаружить, то есть адек-

ватно понять, постичь. Этому служит процедура феноменологической редукции или «эпохе» *(греч.* «воздержание от суждения»), представляющая последовательное, слой за слоем, «заключение в скобки», то есть «очищение» от всех теорий и гипотез, от всех пристрастий и предубеждений, от всех данных науки, «сколь бы очевидными они ни были». Временная «приостановка веры в существование» всех этих содержаний, отключение от них высвобождает феномены из контекста нашей онаученной картины мира, а затем и повседневного образа жизни, «сохраняя при этом их содержание в возможно большей полноте и чистоте». Эта процедура включается по мере необходимости на любой ступени феноменологического исследования. На начальном этапе она возвращает нас в «жизненный мир», то есть к универсальному горизонту, охватывающему мир повседневного опыта, освобожденному от всевозможных научных и квазинаучных представлений, заслонивших первозданную природу вещей.

4. «Феноменология начинается в молчании», внутренней тишине, забвении всего, не относящегося к данному акту постижения, отключении от круговерти собственных забот. Любая собственная активность — помеха. Вплоть до ведения самой беседы, в лучшем случае — до первой встречи с психически больным. Нередко продуктивнее «смотреть и слушать со стороны» беседу коллеги с больным.

5. Полное сосредоточение внимания на предмете, точнее, на его «горизонте», то есть не только на моменте непосредственного восприятия, но и на всех «до» и «после», всех скрытых, потенциальных, ожидаемых сторонах предмета, то есть на предмете, взятом во всем его смысловом поле.

6. Далее следует процедура «свободной вариации в воображении», в которой совершается абсолютно произвольная модификация предмета рассмотрения в различных аспектах посредством мысленного помещения его в разнообразные положения, ситуации, лишения или добавления различных характеристик, установления необычных связей, взаимодействия с другими предметами и т. д. Задача — уловить в этой игре возможностей инвариантность варьируемых признаков. Этим достигается усмотрение сущности в виде конституирования феномена в сознании в ходе постепенной «кристаллизации» его формы. Это и есть «категориальное созерцание» (в отличие от чувственного), или «эйдетическая интуиция».

7. Описание. По словам Гуссерля, «лишь тот, кто испытал подлинное изумление и беспомощность перед лицом феноменов, пытаясь найти слова для их описания, знает, что действительно значит феноменологическое видение. Поспешное описание до надежного усмотрения описываемого предмета можно назвать одной из главных опасностей феноменологии». В связи с частой уникальностью описываемого используется описание через отрицание, описание через сравнение (метафоры, аналогии), описание через цитирование и передачу целостных картин поведения. Необходимо взыскательное отношение к лексическому выбору и терминологии, внимание к оттенкам не только смыслового поля, но и этимологических истоков, к звуковому и зрительному гештальту слов.

8. Истолкование скрытых смыслов, герменевтика — позднейшее дополнение феноменологического метода — фактически представляет самостоятельный метод следующей ступени, выходящий за пределы феноменологии в собственном смысле слова.

Для приближения теории феноменологической психологии к повседневной практике выделим и прокомментируем четыре основных ее принципа.

Принцип понимания, как уже упоминалось выше, используется как противопоставление принципу объяснения, широко представленному в ортодоксальной психиатрии и психологии и основанному на критерии понятности или непонятности для нас (сторонних наблюдателей) поведения человека, его способности поступать правильно и исключать нелепые высказывания и поступки. В рамках феноменологического подхода критерий понятности переходит в русло понимания и согласия диагноста с логичной трактовкой собственных переживаний и реакций на них. Продолжим начатый выше анализ случая с поведением ревнивца. Если для ортодоксального психиатра базой для диагностики бреда ревности будет выступать «нелепый характер высказываний, поведения и умозаключений больного» («жена изменяет, потому что вставила новые зубы»), то для феноменологически ориентированного диагноста существенным, наряду с другими параметрами, будет анализ понимания человеком сути измены («что вкладывать в понятие измены»). Ведь под этим термином может скрываться целый спектр толкований: измена — это интимная близость, это — флирт, это — нахождение с другим человеком наедине, это — поцелуй, это — любовное чувство и т. д. Следовательно, без оценки субъективного понимания смысла «измены» невозможно говорить о генезе «ложной» убежденности, характерной для бреда. Без понимания субъективности переживания человека нельзя сделать вывод об их обоснованности и логичности.

Принцип понимания позволяет отделить психологические феномены от психопатологических симптомов, а в некоторых случаях и постараться их противопоставить чисто лингвистически. Один и тот же феномен после акта понимания, вчувствования может быть назван аутизмом или интраверсией, резонерством или демагогией, амбивалентностью или нерешительностью и т. д. (см. тезаурус в приложении).

Следующим феноменологическим принципом является **принцип «эпохе»,** или **принцип** воздержания от суждения. В диагностическом плане его можно было бы модифицировать в *принцип воздержания от преждевременного суждения.* Его суть заключается в том, что в период феноменологического исследования необходимо отвлечься, абстрагироваться от симптоматического мышления, не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в рамки нозологии, а пытаться лишь вчувствоваться. Следует указать, что вчувствование не означает полное принятие переживаний человека и исключение анализа его состояния. В своем крайнем выражении вчувствование может обернуться субъективностью и, так же как в ортодоксальной психиатрии, привести к неправильным выводам. Примером подобной крайности может служить высказывание Х. Рюмке о «чувстве шизофрении», на основании которого рекомендуется постановка этого диагноза.

Два следующих принципа феноменологического подхода к диагностике могут быть обозначены как **принцип беспристрастности и точности описания,** а также **принцип контекстуальности.** *Принцип беспристрастности* клинического феномена заключается в требовании исключить любые личностные (присущие диагносту) субъективные отношения, направленные на высказывания обследуемого, избежать субъективной их переработки на основании собственного жизненного опыта, морально-нравственных установок и прочих оценочных категорий. *Точность описания* требует тщательности в подборе слов и терминов для описания состояния наблюдаемого (см. тезаурус в приложении). Особенно важным в описании становится *контекстуальность* исследуемого феномена, то есть описание его в контексте времени и пространства — создание своеобразных «фигуры и фона». *Принцип контекстуальности* подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. В этом отношении контекстуальность позволяет определить место и меру осознания проводимого человеком феномена. Психиатрические истории болезни изобилуют выражениями типа: «У больного печальное, скорбное выражение лица», «Пациент ведет себя неадекватно, груб с медицинским персоналом, гневлив», «Больной переоценивает свои способности». Они приводятся врачом зачастую в качестве «доказательства» наличия психопатологической симптоматики, дезадаптивных, болезненных проявлений. Однако эти обоснования теряют вес в связи с тем, что приводятся изолированно вне контекста ситуации, вызвавшей психические феномены. Печальное, скорбное выражение лица в палате психиатрической лечебницы может быть расценено как нормальная реакция на госпитализацию, а печальное, скорбное выражение лица при встрече с любимым человеком после разлуки несет иную смысловую нагрузку. Грубость человека при любезном с ним обращении, по крайней мере, неадекватна, а грубость пациента, насильственно помещаемого санитарами в психиатрический стационар, может быть вполне адекватной. Анализ переоценки испытуемым собственных способностей нуждается в экспериментальном и документальном подтверждении, в противном случае возникает законный вопрос: «А судьи кто?» Нередки в традиционных историях болезни и преувеличения, которые могут приводить к недоразумениям при их интерпретации. Например, замечание «Больной Ч. постоянно, где бы ни находился, теребил свои половые органы» вызывает сомнение в истинности и точности наблюдения. Налицо неудачный художественно-литературный прием, который может привести к неправильному диагностическому анализу психического состояния пациента. В этом отношении показательным является пример, приводившийся психиатром Рюмке, с таким психологическим феноменом, как плач. Охарактеризовать и описать его как будто бы несложно, но без реального контекста описание теряет смысл. Можно описать плач как раздражение слезных желез, как признак слабости («Ты слишком большой, чтобы плакать»), как реакцию на несчастье или на счастливое событие («слезы радости»). И каждый раз эффект-понимание может оказаться разным. В феноменологии должен существовать не плач сам по себе, а «плач, потому что...».

Существенна также историко-культурная контекстуальность. Диагностическая оценка убежденности в факте энергетического вампиризма, экстрасенсорного воздействия невозможна без учета культурного контекста.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. Психология девиантного поведения относится к одной из следующих наук:
а) общей психологии;
б) психиатрии;
в) патопсихологии;
г) междисциплинарной науке;
д) психопатологии.

2. Признаки поведенческой патологии в виде склонности к дезадаптации, тотальности и стабильности описал:
а) П. Б. Ганнушкин;
б) К. Ясперс;
в) З. Фрейд;
г) И. П. Павлов;
д) В. А. Петровский.

3. Выделяются все нижеперечисленные подходы к оценке поведенческой нормы, патологии и девиаций, за исключением:
а) социального;
б) психиатрического;
в) психологического;
г) конфессионального;
д) профессионального.

4. Понятие «саморазрушающего поведения» является основополагающим в одном из следующих подходов к оценке поведенческой нормы, патологии и девиаций:
а) социальном;
б) психиатрическом;
в) психологическом;
г) конфессиональном;
д) профессиональном.

5. В понятие идеальной нормы помимо параметров, входящих в гармоничное поведение, включается:
а) адаптивность;
б) самоактуализация;

в) нравственность;
г) креативность;
д) коммуникабельность.

6. Индивидуальное целостное психическое переживание испытуемого, диагностируемое в плане оценки психических и поведенческих расстройств, называется:
а) симптомом;
б)синдромом;
в) феноменом;
г) симптомокомплексом;
д) казусом.

7. «В связи с возможностью полного феноменологического сходства психической болезнью (психопатологическим симптомом) признается лишь то, что может быть таковой доказано», — гласит принцип:
а) Шнайдера;
б) презумпции психической нормальности;
в) эпохе;
г) Кандинского — Клерамбо;
д) Гуссерля.

8. Наряду с критерием доказанности, в принцип Курта Шнайдера включается и критерий:
а) обоснованности;
б) убедительности;
в) реальности;
г) предположительности;
д) вероятностного распределения (вероятности).

9. Диагностический принцип, при котором следует «воздерживаться от преждевременных суждений», называется принципом:
а) контекстуальности;
б) эпохе;
в) точности;
г) убедительности;
д) осторожности.

10. Оценка состояния индивида типа «У больного скорбное выражение лица» не учитывает один из нижеследующих диагностических принципов:
а) контекстуальности;
б) эпохе;
в) точности;
г) убедительности;
д) осторожности.

11. Феноменологический подход к диагностическому процессу использует принципы:
а) объясняющей психологии;
б) понимающей психологии;
в) психиатрии;
г) патопсихологии;
д) психопатологии.

12. Девиантное поведение встречается:
а) только у психически здоровых;
б) только у психически больных;
в) только у лиц, находящихся в пограничном психическом состоянии;
г) и у психически здоровых, и у психически больных;
д) только у творческих личностей.

13. Гипердиагностическая парадигма с использованием выделения т. н. донозологических расстройств характерна для одного из следующих подходов к оценке девиантного поведения:
а) социального;
б) психологического;
в) психиатрического;
г) феноменологического;
д) профессионального.

14. Девиантные формы поведения являются исключительно:
а) детским феноменом;
б) подростковым феноменом;
в) феноменом зрелого человека;
г) феноменом пожилого человека;
д) ни один из ответов не верен.

15. Постулат о том, что «взрослый индивид изначально обладает стремлением к «внутренней цели», в соответствии с которой осуществляются все без исключения формы его активности», называется постулатом:
а) соответствия;
б) адаптивности;
в) гармоничности;
г) сообразности;
д) целесообразности.

Рекомендуемая литература

1. *Асмолов А. Г.* Психология личности. М., 1990.
2. *Братусь Б.* С. Аномалии личности. М., 1988.
3. *Ганнушкин П. Б.* Избранные труды. М., 1964.
4. *ДорфманЛ. Я.* Метаиндивидуальный мир. М., 1995.
5. *Менделевии В. Д.* Психическая диагностика. Казань, 1991.
6. *Менделевии В. Д.* Психиатрическая пропедевтика. М., 1997.
7. *Менделевии В. Д.* Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
8. *Петровский В. А.* Психология неадаптивной активности. М., 1992.
9. *Платонов К. К.* Структура и развитие личности. М., 1986.
10. *Пезешкиан И.* Позитивная семейная психотерапия. М., 1993.
11. *Сидоров П. И., Парняков А. В.* Введение в клиническую психологию: В 2 т. М., 2000.
12. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии: В 2 т. М, 1989.
13. *Ясперс К.* Обшая психопатология. М., 1997.

\

Глава 2

ПСИХОЛОГИЯ ГАРМОНИЧНОГО И НОРМАТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Для человека характерно большое количество различных свойств и особенностей. Они включают специфику протекания познавательных процессов, интеллектуальные и иные способности, стили мышления, восприятия, общения, эмоционального отреагирования, морально-нравственные качества и множество иных составляющих. Однако при ограниченном объеме таких психологических качеств и свойств их сочетание может иметь уникальный характер и формировать специфический, ни на что и ни на кого иного не похожий человеческий образ.

Характерные различия *индивида,* то есть отдельного человека, взятого в совокупности всех присущих ему качеств (биологических, физических, социальных, психологических и др.), с другими индивидами проявляются на разных уровнях индивидуальности. Это обусловлено тем, что индивидуальность представляет собой интегративное и многоуровневое образование, в котором каждый из уровней обладает набором существенных признаков. Девиантное поведение может обусловливаться отклонениями в функционировании любого из уровней индивидуальности. Под **индивидуальностью** в современной психологии понимается неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека, отражающихся в его поведенческих стереотипах. По набору отдельных качеств и свойств люди могут быть принципиально сходны (например, близнецы), однако по сочетанию этих качеств также кардинально различаться.

Существует множество разнообразных классификаций уровней индивидуальности. Однако все они сходятся в том, что уровни делятся на четыре блока специфических качеств и свойств (рис. 5).

В. С. Мерлин включает в первый уровень *(уровень индивидуальных свойств организма)* биохимические, общесоматические и нейродинамические свойства, разделяя перечисленные свойства на основании параметров интенсивности, скорости, регуляции и некоторых иных. Существенным является то, что биохимические свойства и свойства нервной системы обеспечивают создание индивидуального стиля, но не деятельности человека, а *жизнедеятельности организма,* который косвенно способен влиять на психическую деятель-

Индивидуальные свойства организма	Индивидуальные психические свойства (особенности протекания познавательных процессов)
Индивидуальные психофизиологические особенности (свойства темперамента)	Индивидуальные социально-психологические свойства (черты характера и личностные особенности)

Рис. 5. Структура индивидуальности

ность в целом. Особенно ярко данный тезис представлен в клинике, когда многие социально-опосредованные действия человека начинают учитывать и особенности жизнедеятельности, в частности, количественные и качественные параметры функционирования различных органов и систем организма (пищеварения, дыхания) и такой специфичный для пациентов соматической клиники параметр, как переносимость боли.

Клинически различия на первом уровне проявляются в соматической конституции, или морфофенотипе. Морфофенотип (соматотип, соматический тип, конституционально-морфологический тип) — макроморфологическая подсистема общей конституции и в целом отражает основные особенности динамики онтогенеза, метаболизма, общей реактивности организма и биотипологию личности (энерго-динамические свойства).

Выделяют три типа соматической конституции человека: астенический, нормостенический и пикнический. Ориентиром в соматоскопической диагностике трех основных конституциональных типов являются перечисленные ниже характеристики (Н. А. Корнетов).

Астенический тип телосложения. Череп небольшого объема, средней ширины. Лицо яйцевидного контура с сужением как в лобной части, так и в подбородочной. Наблюдается также овальный контур с наибольшей шириной на уровне глаз и постепенным сужением к подбородку. Часто отмечается и так называемый «угловой профиль», который выражается прогнатизмом средней части лица и гипоплазированным, отступающим подбородком. Шея тонкая с выступающими щитовидным хрящом и седьмым шейным позвонком. Небольшой кифоз в шейном и верхнегрудном отделах позвоночника, в результате которого голова наклонена над туловищем. Плечи при фронтальном рассмотрении узкие или широкие. Грудная клетка длинная, уплощенная в передне-заднем направлении. При малом жироотложении ребра в местах сочленения с грудиной выступают в виде четок. Эпигастральный угол меньше 90 градусов, острый. Выражены над- и подключичные ямки. Руки сухие, тонкомышечные и тонкокостные с удлиненными кистями. Распределение жировой ткани при ожирении по женскому типу в тазовом поясе. Вес тела у характерных типов отстает от длины. Слабый рост в ширину при среднем не уменьшенном росте в длину. У высоких астеников нередко отмечается гинекоморфия.

2 Зак. 4226

Нормостенический тип телосложения. Череп средней длины и объема, иногда высокий. Лицевой скелет рельефный с развитыми надбровными дугами, скуловыми костями, нижней челюстью. Часто отмечается ширококостность в дистальных отделах конечностей. Трофический акцент на плечевом поясе. Форма туловища в виде усеченного конуса книзу. Грудная клетка при фронтальном рассмотрении представляется равномерно округленной в виде цилиндра и имеет одинаковую величину в верхнем и нижнем отделах. В передне-заднем направлении она не кажется ни узкой, ни широкой. Эпигастральный угол около 90 градусов. Кожа обладает эластичным тургором или пастозностью. Жировой слой сравнительно умерен. Мышцы хорошо развиты, рельефны. У ожиревших нормостеников контуры тела смягчены. Ноги часто вальгусного типа. Атлетический тип следует рассматривать как гиперпластический вариант нормостенического телосложения. Женщины атлетоидного типа в связи с особенностью распределения жировой ткани ширококостны и массивны.

Пикнический тип телосложения. Череп круглый и широкий. Лицо пятиугольного контура со сглаженным рельефом. Шея короткая, массивная, у молодых пикников, как правило, среднего размера. Гортань выдается незначительно. Часто отмечаются жировые отложения на седьмом шейном позвонке, в надключичных ямках. Грудная клетка широкая, короткая, развита в передне-заднем направлении. Увеличена окружность груди. Расширяющаяся книзу грудная клетка конической формы с тупым эпигастральным углом более 90 градусов переходит в объемный живот, увеличенный в горизонтальном и передне-заднем направлениях. Жировой слой, покрывая мышечный, подчеркивает плавность линий. Кисти, стопы часто укорочены с увеличенным поперечным размером. Кожа мягкая и хорошо облегает тело. У похудевших пикников в местах жироотложения обнаруживаются кожные складки. Мышцы средней силы и мягкой консистенции. В целом трофический акцент лежит в центре туловища на грудной клетке и животе с обильным жироотложением, которое особенно выражено после 40 лет.

Психическую индивидуальность человека можно представить как переплетение различных психофизиологических, психологических и социально-психологических свойств. При этом они, так же как и индивидуальность в целом, построены по иерархическому принципу, то есть на более низшие (ранние) наслаиваются более высшие (поздние) психические образования. Ядром психической индивидуальности считается **темперамент** *(биологическая составляющая психической индивидуальности)*. На его основе формируется **характер** *(психологическая составляющая психической индивидуальности)*, а затем происходит становление **личности** *(социальной составляющей психической индивидуальности)* (рис.6).

В центре внимания психологии девиантного поведения находится проблема реагирования, мотивации поведения, выработки системы поступков человеком. С большой долей условности и терминологической допустимости можно говорить о том, что человек в различных фрустрирующих ситуациях (например, болезни или конфликта) «реагирует темпераментом, характером

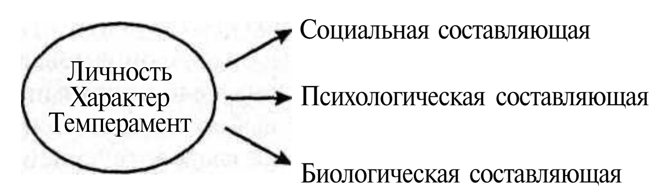


Рис. 6. Составляющие психической индивидуальности

или личностью». За столь нетрадиционным использованием подобных научных терминов скрывается оценка значимости одного из трех способов мотивации поведения человека — на биологическом, психологическом и социальном уровнях. Разделение имеет как дидактический, так и практический характер. Если психолог расценит, что определенный девиантный тип психического реагирования (например, аутоагрессия — суицидальная попытка — онкологически больного с синдромом хронической боли) обусловлен свойствами темперамента, то он обязан будет предложить какие-либо биологические методы коррекции выраженности или направленности реакции. Ведь свойства темперамента относятся к конституциональным и функционируют по биологическим законам. Если подобная реакция будет расценена как признак характерологических особенностей (например, типичным паническим настроением психастеника), то выбор тактики коррекции данной реакции будет базироваться на психокоррекционных и психотерапевтических мерах, поскольку характерологические реакции обусловлены психологически. Если же специфика реагирования будет понята и объяснена личностными параметрами (например, атеистическими убеждениями пациента, считающего, что он волен распоряжаться своей жизнью и добровольно уйти из жизни), то необходимыми будут меры социального воздействия — переубеждение, изменение социальных условий и т. д.

В следующих разделах будут представлены диагностические параметры отдельных подсистем психической индивидуальности человека (темперамента, характера и личности), исходя из целей и задач психологии девиантного поведения. При этом будут продемонстрированы их корреляции с соматоморфологическим уровнем индивидуальности.

Одним из наиболее значимых вопросов психологии девиантного поведения остается вопрос о том, что именно определяет выбор того или иного психического реагирования человека на происходящие события. Считается, что на поведенческие особенности индивида влияют два группы факторов: внутренние и внешние (рис. 7).

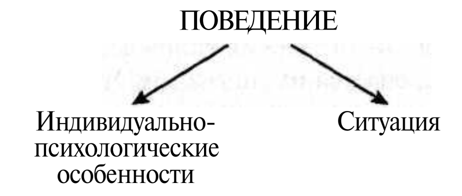


Рис. 7. Внутренние и внешние факторы поведения

К внутренним факторам относят индивидуально-психологические особенности, которые определяют устойчивый набор шаблонов поведения, их рамки, выраженность, частоту, оформленность. В науке приписывание индивиду (не ситуации) большей ответственности за выбор поведенческих стереотипов называется **диспозиционизмом.** Признание главенствующей роли внешних воздействий на формирование поведенческих особенностей обозначается **ситуационизмом.** Долгие годы психология базировалась на диспозиционизме, пытаясь прогнозировать поведение человека, детально изучая его индивидуально-типологические особенности. Однако исследования последних лет доказывают существенную роль ситуативных факторов в выборе поведенческих реакций, особенно в условиях фрустрации.

Дж. Дарли и К. Бейтсон провели эксперимент, ставший классическим. Они поставили перед собой задачу оценить степень влияния ситуативных манипуляций на проявление типичных устойчивых поведенческих паттернов. В качестве такого паттерна-свойства были выбраны альтруизм и милосердие. Суть серии экспериментов заключалась в том, что двум группам студентов духовной семинарии, которым в соответствии с их статусом должны быть свойственны альтруистические качества и которые они в обыденной жизни демонстрировали, было предложено прочесть проповедь «О добром самаритянине». Суть данной евангельской притчи заключается в том, что чрезвычайно занятые священник и левит прошли в спешке мимо раненого странника, оставив его заботам скромного (менее занятого в данный момент) самаритянина. Экспериментальные группы студентов различались лишь на основании временного параметра. Одной группе были даны указания срочно без подготовки произнести речь (изложить суть притчи о добром самаритянине) перед уже собравшейся аудиторией. Другой группе давалось время на подготовку. По пути в аудиторию каждому из испытуемых попадался на глаза упавший на землю и задыхающийся от приступа удушья человек. Регистрировалась частота оказания помощи. Предполагалось, что свойственный семинаристам поведенческий паттерн в виде альтруизма и милосердия должен был проявиться в конкретной ситуации с равной частотой вне зависимости от спешки или имевшегося запаса времени. Оказалось, что из группы студентов, располагавших временем, оказали помощь упавшему лишь 63%, а из группы спешивших — только 10%.

Проведенный эксперимент, так же как и ряд других, показал, что поведенческие стереотипы, сколь устойчивыми они ни были, могут зависеть от ситуативных моментов. Таким образом, можно предположить, что девиантные формы поведения, базируясь на индивидуально-психологических стереотипах, имеют зависимость и от внешних условий — ситуативных моментов, которые способны либо провоцировать, либо блокировать неадекватные паттерны поведения. Отличие психопатологических типов девиантного поведения от непсихопатолгических заключается именно в том, что при первых значение ситуативных факторов нивелируется, а при вторых — нет. Учитывая тот факт, что значимость индивидуально-психологических особенностей человека в формировании нормативного, гармоничного и отклоняющегося поведения признается существенной, в данной главе будут освещены именно эти вопросы.

ТЕМПЕРАМЕНТАЛЬНАЯ СБАЛАНСИРОВАННОСТЬ

В клинической психологии принято следующее определение темперамента. Темперамент — это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, то есть темпа, ритма и интенсивности отдельных психических процессов и состояний. В ракурсе психологии девиантного поведения существенным является понятие сбалансированности психических процессов и состояний на уровне психофизиологии. Крайние степени выраженности психофизиологических процессов (эмоционального реагирования, скорости двигательных актов и мышления и т. п.) способны с большей вероятностью формировать базу для становления девиантного поведения, чем их сбалансированность. Рассматривая темпераментальные свойства человека, редко оценивают их норму, патологию или девиации. Однако теория и практика психологии девиантного поведения диктует необходимость рассмотрения этих составляющих индивидуальности сквозь призму гомеостаза, баланса и гармонии. В случае со свойствами темперамента гармоничность приравнивается к сбалансированности психофизиологических процессов, их адаптивной направленности.

По Шелдону, практически все имеющиеся у человека индивидуально-психологические свойства и качества опосредуются соматической конституцией и проявляются в зависимости от представленности таких параметров, как эндо-, экзо- или мезоморфность, висцеро-, сомато или церебротония. Остановимся на классификации Шелдона, имея в виду, что связь соматоморфотипа с параметрами психической индивидуальности не столь очевидна, как это представлено в его концепции.

Шелдон выделил три соматотипа и описал следующие их особенности.

Эндоморф-висцеротоник. Расслабленная осанка и движения. Приветлив, добросердечен, легок в общении и ровен в выражении своих чувств. Любит сытость и покой, гостей, общество, комфорт и условности в обращении. Желает симпатии и признания, непосредственен в эмоциональном контакте, тщеславен, но терпим. Гурман, хорошо спит, в состоянии опьянения мягок или сверхобщителен и несколько распущен. В тяжелую минуту, момент горя стремится к людям. Склонен воскрешать в воображении детские годы, семейные отношения.

Мезоморф-соматотоник. Уверенная осанка и движения. Непринужден, экстравертен в контакте и поступках, но скрытен в чувствах и эмоциях. Любит риск, соперничество, приключения, шум, спортивные состязания. Властолюбив, воинственен, психически крепок, игнорирует физическую боль. Агрессивен, настойчив и придирчив в состоянии опьянения. Испытывает потребность в физических упражнениях, голос повышен. Боится скованности, заточения. В тяжелую минуту, момент горя стремится к действию. Склонен воспроизводить в воображении цели и действия, связанные с юношескими годами.

Эктоморф-церебротоник. Скованная осанка и заторможенность в движениях. Сдержан в общении, поведении и чувствах. Контролирует мимику и жесты. Обладает живым умом, наблюдательностью, прилежанием. Интроверт при контакте, скрытен, избегает и боится общества, больших пространств. Отличается непредвиденностью поведения, пониженным голосом, чувствительностью к боли, плохим сном и утомляемостью. Любит одиночество и в момент горя, тяжелые минуты стремится к нему. Проявляет устойчивость к действию алкоголя и некоторых других депрессантов. Воображение обращено в будущее.

Приведенная классификация Шелдона отражает позицию непосредственной связи соматоморфотипа человека с высшими уровнями индивидуальности — характерологическими особенностями и личностными качествами, которая в настоящее время считается ошибочной. Например, склонность эндоморфа-висцеротоника «воскрешать в памяти детские годы» и быть гурманом вряд ли связана с его биологическими особенностями.

Классификация темпераментов Шелдона, также как и систематика Кречмера, может быть отнесена к разряду тех, в которых не обнаруживается четкого разделения индивидуальных свойств человека на социально и биологически обусловленные. К тому же, согласно убеждению А. Н.Леонтьева, исходя из принципов социальной детерминации личности, свойства темперамента сами по себе не способны породить личностные качества. Имеются достаточно убедительные факты, позволяющие утверждать, что при усвоении индивидуального стиля общения связи между психодинамическими свойствами (темпераментом) и отношениями личности разрушаются (В. С. Мерлин). В наиболее известной из отечественных классификаций И. П. Павлова темперамент приравнивается к типу высшей нервной деятельности, что также в значительной мере искажает представление о механизмах становления психической индивидуальности.

В настоящее время в рамках клинической психологии под темпераментом понимается совокупность динамических особенностей психической деятельности. К параметрам, с помощью которых возможна диагностика темперамента, относятся:

- эмоциональность;
- скорость мышления;
- скорость двигательных актов;
- общительность.

В параметр темперамента *эмоциональность* включается понятие скорости появления эмоциональной реакции, аффекта или переживания после начала действия раздражителя или возникновения значимой ситуации; преобладающая модальность эмоций; преобладающая и типичная степень выраженности эмоциональных переживаний; временная характеристика эмоциональных переживаний — длительность, стабильность, лабильность; выраженность и направленность вегетативного подкрепления эмоционального переживания. Сточки зрения оценки сбалансированности психофизиологических про-

цессов важной является характеристика эмоциональной устойчивости в противовес двум отклонениям от аффективной нормы — эмоциональной лабильности или аффективной ригидности. В первом случае разбалансированность эмоциональных реакций может приводить к резким колебаниям, смене настроения, невозможности формирования длительных и устойчивых эмоциональных отношений с окружающими людьми. Во втором отклонение может иметь характер эмоциональной застреваемости, тугоподвижности, при которых у человека на долгое время может сохраняться эмоциональная фиксация в виде тех или иных переживаний (типичный пример — ревность).

Эмоциональность — один из важных диагностических параметров клинической оценки типов темперамента. Внешне эмоциональность проявляется такими альтернативными качествами, как впечатлительность — эмоциональная холодность (отличающиеся по глубине переживаний), эмоциональная возбудимость — эмоциональная невозбудимость (отличающиеся по скорости возникновения аффекта), эмоциональная стабильность — эмоциональная лабильность (отличающиеся по длительности сохранения эмоционального переживания одной модальности).

Любое выраженное эмоциональное переживание в обязательном порядке сопровождается вегетативными проявлениями: сердцебиением (учащенным или замедленным), изменением дыхания и терморегуляции, особенностями пото- и слюноотделения, сухостью или влажностью, покраснением или побледнением кожных покровов, ускорением или замедлением перистальтики, колебаниями артериального давления и некоторыми иными признаками. Выделяют симпатико-адреналовую и вагоинсулярную направленность вегетативных проявлений.

Второй параметр темперамента — *скорость мышления.* В клинике он оценивается на основании скорости возникновения ассоциаций (так называемая «быстрота ума») и скорости речи (имеется в виду стиль речи). О них можно судить, в частности, по скорости ответов на поставленные вопросы (задачи) и скорости проговаривания слов и фраз. Выделяются люди, скорость мышления которых высокая («быстродумы») и низкая («медленнодумы», или «тугодумы»). Особенности мышления затрагивают лишь количественный показатель, в то время как качественные — целенаправленность, продуктивность и иные — при оценке типов темперамента в расчет не берутся.

Скорость двигательных актов отражает сенсомоторную реактивность, характеризующуюся быстротой ответа на раздражитель. Он, как правило, коррелирует с общей реактивностью (скоростью возникновения ощущений, восприятия и воспроизведения). Однако внешне именно на основании скорости двигательных актов можно судить о реактивности. На основании сенсомоторной реактивности выделяют лиц, у которых отмечаются средние показатели, а также превышающие или не превышающие их. Клинически это проявляется быстродействием, «споростью», «шустростью» или, наоборот, медлительностью при ходьбе, беге и совершении обыденных действий — умывания, одевания и пр. Несбалансированность психофизиологических процессов у девиантов на уровне скорости двигательных актов способна приводить,

с одной стороны, к двигательной расторможенности (неусидчивости, гиперактивности, суетливости и пр.), с другой — к двигательной заторможенности.

Некоторые ученые относят к параметрам темперамента, сходным с параметром скорости двигательных актов, *активность* человека, проявляющуюся частотой и выраженностью обыденной деятельности и готовностью начать ее при любом удобном случае *(импульсивность).* Антиподом человеку, нацеленному на активность и постоянное выполнение какой-либо деятельности, выступает пассивный, уклоняющийся от любой деятельности человек. Они также различаются на основании уровня их «энергетического потенциала» — энергичности и нацеленности на постоянную деятельность.

Общительность, понимаемая как выраженность субъективной или объективной направленности на общение, можно считать пограничным феноменом психической индивидуальности. С одной стороны, он входит в структуру темперамента и является биологически опосредованным; с другой стороны, на процессе формирования общительности сказывается характер воспитания. По данному параметру выделяют людей общительных (экстравертов) и замкнутых (интровертов). В рамках свойств темперамента их отличают не качественные параметры общительности, а лишь количественные, к которым относятся направленность и выраженность.

С. Л. Рубинштейн считал наиболее важными свойствами темперамента человека *впечатлительность и импульсивность,* которые включают в себя все вышеперечисленные параметры. Впечатлительность равнозначна эмоциональности, а импульсивность, характеризующаяся силой побуждения, а также скоростью, с которой она овладевает моторной сферой и переходит в действие, и устойчивостью, с которой сохраняет свою действенную силу, близка по смыслу к иным параметрам. Используя свойства впечатлительности и импульсивности, можно достаточно точно описать и диагностировать различные типы темперамента (табл. 2).

Исходя из вышеприведенных параметров, специфической сходной особенностью *холерического* и *меланхолического* типов темперамента считается сочетание впечатлительности, повышенной эмоциональной ранимости и склонности к выраженному аффективному реагированию в конфликтных ситуациях, особенно возникающих неожиданно. Различие между холерическим и меланхолическим типами темперамента заключается в разной представленности импульсивности, которая отражается даже на особенностях проявления эмоциональности. Так, у холерика повышенная эмоциональность

Та бл и **ца** 2

Распределение типов темперамента

Тип темперамента	Показатель впечатлительности (В)	Показатель импульсивности **(И)**
Холерик	ВТ	И?
Меланхолик	ВТ	**И4**
Сангвиник	**в4**	**ИТ**
Флегматик	**в;**	***Hi***

сочетается с быстро возникающими и так же быстро исчезающими аффектами различной модальности и нередко экстрапунитивной направленности — гневом, раздражительностью; страхом, ажитацией и паникой; радостью и экстазом. У меланхолика эмоциональные переживания имеют, как правило, более длительный характер. Они возникают медленнее, но и медленнее редуцируются. Отмечается склонность к застреванию на определенных эмоциональных переживаниях различной модальности и интрапунитивной направленности — депрессии, тоске, печали, чувстве вины, стыда, застенчивости. По параметру пониженной эмоциональности (впечатлительности) сходны *сангвиник и флегматик*. Их эмоциональные переживания не столько глубоки, как у холерика или меланхолика, однако не следует думать о том, что они отсутствуют вовсе. Внешне снижение уровня впечатлительности выражается у них в более спокойном отношении к неприятностям, психотравмам, конфликтам. Их называют иногда «толстокожими», имея в виду невозмутимость и отсутствие ярких эмоциональных реакций на внешние раздражители. Различия в эмоциональной сфере сангвиника и флегматика заключаются в преобладающей модальности немногочисленных и слабых проявлений эмоциональности. Флегматик, как правило, безразличен ко многим сторонам жизни в силу инертности познавательных процессов, тогда как сангвиник реагирует на многие ситуации, но «не принимает близко к сердцу». Иногда говорят о внутренней холодности сангвиника при внешней общительности и формальной эмпатичности.

Параметр импульсивности, по которому схожи холерик с сангвиником (высокий уровень) и меланхолик с флегматиком (низкий уровень), клинически отражается в быстроте сенсомоторных реакций и «быстроте ума», активности, настойчивости, решительности.

Своеобразная классификация параметров темперамента была предложена А. Томас и С. Чесе, включившая девять составляющих; они в некоторой степени могут дополнить приведенные выше классификации и помочь более точно диагностировать тип темперамента. Следует отметить, что ученые выявили параметры темперамента у новорожденных, у которых темперамент проявляется в чистом виде, то есть, в соответствии с предложенной выше терминологией, новорожденный «реагирует темпераментом», тогда как взрослый «характером и личностью».

1. *Уровень активности,* определяемый моторными характеристиками (подвижностью во время купания, кормления) и соотношением активного и пассивного поведения в течение дня.
2. *Ритмичность, регулярность,* оцениваемая как степень предсказуемости времени появления поведенческих реакций (например, чувства голода) и продолжительность функций во времени (например, длительность сна).
3. *Приближение или удаление,* связанное с особенностями эмоциональных и моторных реакций на новые стимулы.
4. *Адаптивность,* оцениваемая на основании реагирования на новые или меняющиеся ситуации.

5. *Интенсивность,* характеризующаяся выраженностью реакций независимо от их качества или направленности.
6. *Порог реактивности,* определяемый как уровень стимуляции, необходимый для возникновения реакции независимо от их качества и сенсорной модальности.
7. *Настроение,* то есть соотношение радостного и безрадостного состояний, а также реакций, квалифицируемых как расположение к окружающим.
8. *Отвлекаемость,* характеризующаяся эффективностью действия новых стимулов на изменение поведения.
9. *Длительность внимания и настойчивость* — две взаимосвязанные категории, отражающие временную протяженность некоторой деятельности и способность продолжить деятельность, несмотря на трудности в ее осуществлении.

Описанные А. Томас и С. Чесе параметры дополняют представления о существенных составляющих темперамента и, в частности, позволяют задуматься о роли и влиянии биоритмологических особенностей человека на познавательные процессы и в целом на выявление свойств темперамента. В этой связи интересным представляется второй параметр, в котором отмечается роль таких естественных биологических потребностей, как еда и сон. Можно предполагать, что ритмичность возникновения этих потребностей и особенности реагирования человека на их неудовлетворение позволяют более точно оценить свойства темперамента. Кроме того, в психологии девиантного поведения следует обратить внимание на реагирование человека в условиях неудовлетворения сексуальной потребности. К тому же сексологи и сексопатологи описывают врожденную характеристику половой (сексуальной) конституции и говорят о «сексуальном темпераменте».

Параметры темперамента имеют склонность к поразительному постоянству во времени. Они практически не изменяются от раннего детства до глубокой старости (конечно, если человек сохраняет свое психическое здоровье, в противном случае говорить о свойствах темперамента достаточно сложно — биологические основы психического заболевания изменяют всю структуру психического реагирования).

Таким образом, подытоживая данные о клинических проявлениях темперамента, можно утверждать, что все они отражаютлишь количественную сторону психической деятельности. Они не несут смысловой нагрузки, поскольку представляют собой биологический продукт. Наиболее общая особенность темперамента — его немотивационный фактор, определяющий поведение человека, то есть в самом темпераменте не существует побудительной основы. В отличие от характерологических и личностных реакций, основой которых служит мотивационный ряд, основывающийся на жизненном опыте, познавательном уровне, интересе и значимости внешних и внутренних процессов, реакции на уровне темперамента обладают инстинктивной спецификой. «Темперамент, — писал Г. Олпорт, — обозначает род сырого материала,

из которого складывается характер. Он относится к химическому климату или внутренней погоде, в которой развивается личность».

Нередко девиантные формы поведения опосредуются силой и выраженностью темпераментальных свойств. Некоторые из них базируются на эмоциональной лабильности (неустойчивости), так называемой «брутальности аффекта», иные. — на гиперактивности.

ГАРМОНИЧНОСТЬ ХАРАКТЕРА

Характер в клинической психологии — это совокупность индивидуальных, сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми стереотипов поведения, штампов эмоциональных реакций, стиля мышления, зафиксированная в привычках и манерах система взаимоотношений с окружающими. Если параметры темперамента указывают на биологические стереотипы реагирования (в первую очередь эмоционального), то в чертах характера отражаются присущие индивиду поведенческие матрицы, которые вначале имеют осознанный характер (воспитываются, прививаются, навязываются), а затем в определенной степени автоматический. К возрасту совершеннолетия у человека практически завершается формирование черт характера, и он совершает поступки в соответствии с устоявшимися и необсуждаемыми правилами. Характер, также как и темперамент, является устойчивой структурой, не склонной существенно изменяться в процессе жизни. Его девиации у взрослого человека возможны только в случаях тяжелой и длительной психической или соматической болезни, а также в условиях длительных угрожающих жизни событий.

На уровне темперамента на норму указывает сбалансированность психофизиологических процессов, а на уровне характерологических качеств и черт — их гармоничность. Под гармоничностью на уровне характера понимается такое сочетание присущих человеку форм реагирования, шаблонов поведения, которые приводят к его адаптации в социуме и принятию себя.

Если темперамент — биологическая составляющая индивидуальности, то характер — психологическая. Связь параметров темперамента и черт характера не является линейной. То есть нельзя достоверно предсказать, какие черты характера будут присущи холерику, меланхолику, флегматику или сангвинику по завершении процесса социализации. Основную роль в формировании черт характера играют формы и методы воспитания. Однако спектру типов темперамента с повышенной эмоциональностью и импульсивностью будет соответствовать иной спектр характерологических особенностей по сравнению со спектром типов темперамента с пониженной эмоциональностью и неимпульсивностью. Суетливость, болтливость, неусидчивость, нетерпеливость или молчаливость, усидчивость, терпеливость как альтернативные черты характера обычно базируются на психофизиологических особенностях в рамках типов темперамента. Между особенностями темперамента и характе-

ра, как нижерасположенными в иерархическом строении индивидуальности, и личностными особенностями связь значительно менее выражена, чем между темпераментом и характером.

Значимым для психологии девиантного поведения представляется анализ параметров адекватных и неадекватных форм поведения, признаков отклоняющегося и психопатологического стилей поведения. Именно поэтому центральным вопросом учения об индивидуальности в клинической психологии является вопрос о кардинальных признаках гармоничных черт характера.

Гармоничные черты характера — это совокупность индивидуально-психологических стереотипов поведения, способствующих гармонизации обыденных межличностных взаимоотношений и избеганию межличностных и внутриличностных конфликтов. Таким образом, основой оценки гармоничности или негармоничности характерологических особенностей служит параметр отсутствия у человека конфликтов как внешних, то есть с участниками коммуникации, так и внутренних. Условно можно говорить, что значимой для оценки *характерологической гармоничности* является сфера обыденных взаимоотношений, включающая сугубо психологические, тогда как *гармоничность личностная* определяется в большей степени социально-психологическими параметрами — соответствием и следованием нравственным требованиям.

Гармоничный характер условно представляет собой блок из двух групп психологических параметров, включающих:

1)адаптивность;
2) самоактуализацию.

Основным параметром гармоничного характера является *адаптивность,* характеризующаяся успешностью приспособления человека к различным ситуациям, их изменению, а также эмоциональному (внутреннему или внешнему) принятию окружения. Адаптивность отражает значимость удовлетворения человеком социальных потребностей, которую точно описал Паскаль: «Чем бы человек ни обладал на земле — прекрасным здоровьем, любыми благами жизни, он все-таки недоволен, если не пользуется почетом у людей... Имея все возможные преимущества, он не чувствует себя удовлетворенным, если не занимает выгодного места в умах... Ничто не может отвлечь его от этой цели... Даже презирающие род людской, третирующие людей, как скотов, и те хотят, чтобы люди поклонялись и верили им». Можно утверждать, что человек для достижения внутренней и внешней гармонии обязан быть адаптивным. Однако следует помнить о том, что способность всегда и на любом уровне приспосабливаться к новым условиям может обернуться дисгармонией характера в виде конформизма. Следовательно, для того чтобы говорить о гармоничности параметра адаптивности, следует уточнить его собственные свойства. Они составляют три группы, включающие: 1) *реализм в восприятии окружающей действительности (перцептивная составляющая);* 2) *желание человека адаптироваться к окружающей обстановке (мотивационная составляющая);* 3) *способность адаптироваться — «принимать» окружающих такими, какие они есть (регулятивная составляющая).*

Классическим примером гармоничной черты характера, отражающей параметр адаптивности, считается приветливость, описываемая как сочетание радушия, ласковости, учтивости, любезности. Приветливость— это способ демонстрирования принятия человека человеком, отраженный в манерах и привычках. Внешние проявления приветливости направлены на избегание потенциальных или устранение имеющихся реальных конфликтных взаимоотношений между людьми. Внутренне человек может не испытывать симпатии к участнику коммуникации, но не демонстрировать ее. Приветливость — это форма вежливости, хороших и гармоничных манер, улучшающих процесс общения, а не обостряющих его. Однако приветливость будет считаться гармоничной чертой характера лишь в случаях, если будет использоваться «к месту». Для того чтобы оценить ее как гармоничную, нужно проанализировать ситуацию, в которой она проявляется. Важно соответствие привычной реакции (например, приветливости) раздражителю или событию. Если собеседник ведет себя вызывающе, оскорбляет человека или даже угрожает, то приветливость нельзя назвать гармоничным ответом на хамство. Значимой является перцептивная составляющая, позволяющая реально оценивать, в каких случаях и при каких обстоятельствах следует использовать данное свойство характера. Реализм же, как правило, базируется на *феномене здравого смысла.*

Под здравым смыслом понимается познавательный процесс, в основе которого лежит адекватное (истинное) восприятие и понимание смысла поступков окружающих. Для того чтобы говорить о гармоничности характера человека, следует оценить его *здравомыслие.* Он должен быть реалистом, то есть человеком, который в своей оценке происходящего руководствуется сущностными, действительными параметрами, ясно и трезво понимает суть и мотивы поведения окружающих. Здравомыслию противостоит, в рамках дисгармоничности характера, *феномен каузальной атрибуции,* который реализуется в пристрастном и несоответствующим реальности понимании и объяснении мотивов поступков окружающих.

Вторая составляющая параметра адаптивности — мотивационная — отражает желание человека приспосабливаться к окружающим, создавать с ними гармоничные (бесконфликтные или эффективные) отношения. Важную роль в мотивации процесса адаптации к окружающим играет ценностная сторона жизни. Человек ранжирует жизненные события по ценности и значимости, для того чтобы решить, к каким из них ему следует приспосабливаться, а какие он может игнорировать или вступать с ними в противоборство. Проявление упрямства как черты характера зависит от значимости ситуации, в которой упрямство демонстрируется. Ребенок не будет упрямым, если ему предложат съесть мороженое, но может упрямо противодействовать попыткам родителей заставить его надеть ту или иную не нравящуюся ему одежду. Человек может быть приветливым с людьми, которым симпатизирует или от которых зависит решение каких-то его проблем, и неприветливым и даже подчеркнуто грубым по отношения к лицам, в которых совершенно не нуждается.

Регулятивная составляющая адаптивности отражает навыки и способности обнаруживать те или иные необходимые для коммуникации качества характера и компенсировать (скрывать или подавлять) неадаптивные. Скупой человек может стараться подавлять свою непрестижную черту, а трусливый — демонстрировать храбрость. Длительная регуляция неадаптивных черт характера способна привести к их полной компенсации, а иногда — к гротескному проявлению противоположных качеств (гиперкомпенсации).

К параметрам, отражающим гармоничные черты характера, относится *самоактуализация,* которая, также как и адаптивность, включает три составляющих: перцептивную, мотивационную и регулятивную. Эти составляющие частично совпадают с характеристиками, приведенными выше, частично дополняются иными.

О гармоничности приветливости как свойства, отражающего и адаптивность, и самоактуализацию, можно говорить лишь в случае, если человек не испытывает негативных чувств в связи с внешним проявлением приветливости. Если на уровне адаптивности гармоничным считается «принятие других и мира», то на уровне самоактуализации — «принятие себя». В принятии себя отражается реализм в оценке своих качеств, способностей и возможностей, понимание и принятие выработанных ценностей и насущных потребностей, жизнь в согласии с самим собой, изживание психологических комплексов или примирение с ними.

Принятие себя начинается с реальной *самооценки* и формирования *самоуважения.* Важная характеристика гармоничности самооценки — ее гибкость, так же как для оценки дисгармоничного характера — выявление ригидности самооценки в сторону либо завышения, либо занижения. В рамках гармонии характерологических черт человек не склонен однозначно оценивать свои способности, возможности и качества. Типичным является легкость изменения оценки после действий, в которых представление о себе не совпало с реально выявившимися чертами. Наряду с самооценкой значимыми гармоничными свойствами оказываются производные от нее *реальность и гибкость уровня притязаний.* Уровень притязаний, то есть совокупность ожиданий, целей и притязаний относительно своих будущих достижений, рождается из двух противоположных тенденций (Б. С. Братусь): тенденции поддержания своего «Я», своей самооценки на максимально высоком уровне и тенденции умерить свои притязания и избежать неудачи с целью не нанести урон самооценке. Самоуважение в рамках гармонии характера следует тем же закономерностям, что и самооценка и уровень притязаний.

Другие важные качества самоактуализации, по А. Маслоу, — *спонтанность, простота, автономность и проблемная центрация.* Суть их заключается в естественности проявлений всех черт характера, нежелании преподносить себя в гораздо лучшем свете, чем это есть на самом деле, в ситуациях, которые не требуют манипулятивного поведения. Особо следует отметить качество автономности, то есть независимости в принятии решений и оценке ситуаций от окружения, собственных ожиданий (экспектаций), желаний и потребностей. При гармоничном складе характера отмечается адекватное распределение

локуса контроля за ситуациями (от внутреннего до внешнего). Суть такого распределения заключена в известном правиле: нужно уметь изменять ситуации, которые поддаются изменению, принимать такими, какие они есть, не поддающиеся изменениям и научиться отличать одни от других.

Перечисленные качества составляют сущность одного из наиболее существенных параметров гармоничного характера — зрелости. *Зрелость* (в психологическом смысле) — это способность приспосабливаться к среде по законам житейского разума (Б. В. Зейгарник). Она подразумевает сочетание достаточно высоких идеальных устремлений с готовностью выполнять скромные, земные задачи ради этих высоких устремлений. Зрелость включает в себя психологическое умение человека разводить идеальные и реальные цели. В противовес зрелости характерным для дисгармоничного характера выступает *инфантилизм* (незрелость, «детскость»). К инфантильным свойствам относят наивность, несамостоятельность, нездравомыслие и т. п.

Представленность различных параметров в рамках гармоничного и дисгармоничного характеров продемонстрирована в табл. 3.

Клинические проявления черт характера весьма разнообразны. В отличие от свойств темперамента, они не имеют амотивационного характера, а всегда мотивационно опосредованы, то есть закрепление в процессе социализации характерологических привычек, манер, стилей мышления и поведения связано с требованиями окружающего общества (микро- и макросоциуума), а также с целями, мотивами и потребностями человека.

Характерологические свойства можно разделить на две группы: базисные (терминальные) и инструментальные. Первые должны способствовать удовлетворению сущностных потребностей человека (создавать внутреннюю гар-

Таблица 3

Сравнительная характеристика гармоничных и дисгармоничных черт характера

Гармоничный характер	Дисгармоничный характер
Адаптивность	Дезадаптивность
Зрелость	Инфантилизм
Здравомыслие	Нездравомыслие
Гибкость	Ригидность
Реализм в оценке окружающих	Использование каузальной атрибуции
Реальность самооценки	Нереальность самооценки
Самостоятельность	Несамостоятельность
Автономность	Зависимость
Простота, естественность	Неестественность
Проблемная центрация	Центрация на несущественных параметрах
Самоуважение	Крайние варианты отношения к себе (самоуничижение, самовосхваление)
Разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей	Эгоцентризм

монию), вторые — удовлетворять запросам общества (создавать внешнюю гармонию). Н. Пезешкиан назвал те и другие актуальными первичными и вторичными способностями. Дифференциально-аналитическая концепция Н. Пезешкиана позволяет оценивать как норму, так и аномалии характера, а также выявлять причины явных и скрытых межличностных конфликтов.

Феноменологические особенности характера представлены широким спектром черт, формируемых в процессе воспитания. Вот лишь некоторые из них: пунктуальность, чистоплотность, организованность, послушание, вежливость, доверчивость, уверенность в себе, старательность, бережливость, надежность, точность, терпеливость, прямота. Каждая из них способна выступать в альтернативной форме и отражать аномалию развития характера.

Черты характера в психологии девиантного поведения традиционно объединяют в группы на основании преобладания тех или иных качеств и свойств, а также их специфического сочетания, указывая преобладающий характерологический радикал. Выделяют следующие типы характера: 1) истерический, 2) шизоидный, 3) эпилептоидный, 4) психастенический, 5) астенический, 6) паранойяльный.

Истерический тип характера формируется, как правило, на базе холерического или меланхолического типа темперамента, поскольку повышенная эмоциональность и впечатлительность выступают как важные свойства данного типа. Сущностью же истерического характерологического радикала является эгоцентрический мотив нахождения в центре внимания всех взаимоотношений. Он обозначается как *«жажда признания»* и служит основой формирования иных клинических феноменов. Человек с преобладанием истерических черт характера стремится привлечь и завоевать внимание окружающих, избежать «незамеченное™». Следовательно, *эгоцентризм* приводит к формированию черт, которые могли бы способствовать удовлетворению потребности быть в центре внимания. Такими чертами становятся *эксцентричность внешности, поведения и высказываний.* Суть их заключена в неординарных, отличающихся от обыденных и традиционных попытках представить себя в обществе. Для этой цели используются яркая, броская одежда и макияж, необычные цвет волос или прическа, сверхмодная или нарочито не модная одежда, демонстрация престижных личных вещей. Поведение также имеет гротескный характер с преобладанием крайних степеней выраженности эмоций и выставления их напоказ. Лица с истерическими чертами характера не способны к легким эмоциональным переживаниям. У них всегда «полный накал», запредельные эмоции и чувства, аффективный максимализм. Преобладание грубых эмоций в сочетании с поверхностными в рамках истерических черт характера называется *брутальностью аффекта.* Кроме перечисленных особенностей, поведение таких людей имеет изменчивый, непостоянный характер. Они склонны как к резкой перемене поведения, так и к лабильности настроения *(аффективно-мотивационная лабильность).* В результате часто отмечается непоследовательность поступков, их зависимость от ситуативных факторов и, в частности, от внимания окружающих. В поведении вследствие поиска признания со стороны социума отмечаются *театральность, неесте-*

ственность, вычурность, манерность, демонстративность, нарочитость поступков. Поведение таких лиц схоже с игрой плохого артиста, у которого видно, что он играет, а не живет, демонстрирует эмоции, а не переживает их. Неестественность может проявляться в *истерическом смехе и плаче,* характеризующихся чрезмерной надрывностью, звучностью, показательностью и «игрой на публику». Высказывания часто имеют эпатирующий характер. Лица с истерическими чертами стремятся вызвать шок или, по крайней мере, удивление у окружающих тем, как и о чем они говорят. Это может быть особая манера произносить слова или фразы (с придыханием, с акцентом), использовать не к месту превосходные и уничижительные степени («Ты гениально убрал свою комнату», «Я фантастически развлеклась», «Мерзкие огурцы» и т. д.). С целью привлечения внимания к собственной персоне человек с истерическими чертами характера может в неподходящем месте рассказывать скабрезные анекдоты, использовать ненормативную лексику. Кстати, учитывая тот факт, что *чрезмерная озабоченность внешней привлекательностью* является важной характеристикой истерика, на уровне высказываний он склонен к декларированию собственной гиперсексуальности. Именно поэтому в разговорах им активно эксплуатируется сексуальная тема. Еще одна характеристика — *повышенная внушаемость* обладателей истерического характера, а также склонность к мистическому и мифологическому осмыслению действительности. Такие люди нередко предпочитают больше доверять гороскопам, предзнаменованиям, интуиции, снам или случайному стечению обстоятельств, чем разуму и логике. Кроме того, истерик часто предъявляет завышенные требования к окружающим, склонен к критике, иронии и сарказму. При этом собственные промахи им вытесняются, не замечаются. Типичной в критической психотравмирующей ситуации является экстрапунитивная направленность реагирования — несправедливое обвинение окружающих в происшедшем событии, избегание принятия на себя ответственности за промах, а также попытка защитить себя и представить жертвой обстоятельств или предвзятого отношения со стороны окружающих.

Разновидностью истерического типа характера является *нарциссический тип.* Его особенность — склонность к самолюбованию, что сопровождается завышенной ригидной самооценкой с завышенным уровнем притязания по отношению к окружающим.

Шизоидный тип характера нередко отождествляют с шизофреническим спектром характерологических особенностей, отмечая повышенную значимость в механизмах его формирования биологических (а не психологических) факторов. В действительности шизоидные черты характера базируются на меланхолическом или флегматическом типе темперамента, но в их становлении играет роль и фактор воспитания. При становлении шизоидных черт характера на базе меланхолического типа темперамента говорят о *сенситивном шизоиде.* Нередко шизоида отождествляют с интровертом. Сущностью шизоидного радикала является ориентация в деятельности в большей степени на внутренние ощущения и переживания, чем на внешние ситуативные. Лицам с шизоидными чертами характера настолько же не присуща рефлек-

тивность, насколько лицам с истерическими чертами характера. Основная базовая особенность шизоида — его *замкнутость, нелюдимость, необщительность и отгороженность от окружающего мира,* погруженность в мир собственных фантазий. Человек не страдает от своей замкнутости. Он оправдывает свою нелюдимость отсутствием интересных людей, банальностью и тривиальностью всех коммуникаций, отсутствием получения удовлетворения от процесса общения. У человека с шизоидными чертами характера нарушается и сам процесс коммуникации. Он начинает приобретать формализованный, манипулятивный характер. Формируются штампованные способы реагирования на ситуации, неумение начать разговор и закончить его. Особенно ярко это проявляется при телефонном разговоре, когда шизоид опускает телефонную трубку, часто забывая выполнить простую формальность — попрощаться — и не выслушав завершающих фраз собеседника. Весь процесс коммуникации имеет эмоционально выхолощенный оттенок. *Неспособность переживать яркие эмоции, снижение уровня обыденного эмоционального реагирования и ангедония* — типичные признаки лиц с шизоидными чертами. Особо ярко проявляется *эмоциональная холодность* по отношению к близким, неспособностью к эмпатическим отношениям, нежности, теплоте в общении. Однако для шизоидов нетипичным является и гнев. Эмоциональная уплощенность выражается в снижении эмоциональных реакций как в случае одобрения деятельности со стороны окружающих, так и в случае критики.

Как видно из описания, шизоидные черты характера практически не имеют сходных с истерическими черт. Можно даже говорить об альтернативности шизоидных и истерических радикалов, невозможности их сочетания. Внешне сходными, но принципиально различными по механизмам возникновения являются такие параметры, как *эксцентричность внешности, поведения, высказываний..*'Клинически они различаются только эмоциональным фоном, на котором развертываются (выраженным — у истериков, отсутствующим — у шизоидов). Эксцентричность лиц с шизоидными чертами характера обусловлена отсутствием рефлексии, снижением значимости оценки со стороны окружающих их поведения и высказываний. Такой человек ведет себя так, как считает удобным для него и субъективно правильным. Он не склонен ориентироваться на внешне заданные нормы и правила поведения. Например, шизоид может не посчитать обязательным для себя надеть на светский раут соответствующую одежду и прийти в рваных и грязных джинсах. Это не сознательный эпатаж, то есть попытка протестовать против чего-либо или бросить вызов обществу. Шизоид действует исходя из соображений собственного удобства. По такому же принципу возникает и такая черта характера шизоида, как *прямота высказываний и бескомпромиссность,* когда он может, невзирая на ранги и ситуацию, высказать все, что думает, прямо в глаза. Отличительной особенностью является также *ригидность* и склонность к поведенческим стереотипам, нелюбовь к каким бы то ни было изменениям в себе и вокруг. Например, это выражается в негативной реакции на приобретение и ношение новой одежды, поход к парикмахеру, перемену места жительства или перестановку и смену мебели в квартире.

Эпилептоидный тип характера, как и шизоидный, преимущественно возникает на базе меланхолического или флегматического типа темперамента. Сходство данных типов основывается на *инертности психических процессов.* Однако по иным параметрам наблюдается существенное различие. Эпилептоидный тип по названию и клиническим проявлениям конгруэнтен эпилептическим изменениям характера, что дает некоторым ученым основание говорить об общих патогенетических корнях. Клинически эпилептоидный характерологический радикал характеризуется *эмоциональной ригидностью, склонностью к длительному застреванию на каких-либо эмоциях.* Такие люди могут по нескольку месяцев и лет помнить и переживать нанесенные им обиды, вновь и вновь возвращаться к ситуациям, вызвавшим негативные аффекты. Эмоциональная ригидность дополняется *замедленностью и тугоподвижностью мышления.* Именно вследствие инертности всех психических процессов происходит формирование специфичных для эпилептоида черт характера: *педантизма, повышенной аккуратности, организованности, склонности следовать нормам, ориентации на четкие правила.* Такого человека может раздражать неаккуратно (несимметрично) висящая картина, не параллельно разложенные на столе ножи и вилки и пр. Он склонен к формальному следованию всем предписаниям. Принцип такого человека: «Каждая вещь должна знать свое место». Наряду с перечисленными, типичным для эпилептоида является *склонность к дисфориям* — вспышкам гнева, эмоциональной разрядке после длительного переживания какого-либо события. Такой вариант эпилептоидного типа характера имеет название *возбудимого.*

Психастенический тип характера имеет разные синонимы: *ананкастный, обсессивно-компульсивный,* которые отражают различные его варианты с преобладанием тех или иных качеств. Как правило, психастенический радикал формируется на основе холерического или меланхолического типа темперамента. Это роднит его с истерическим, однако на этом сходство этих типов характера заканчивается. Их принципиальное различие в том, что повышенная эмоциональность у истерика сопровождается экстрапунитивной направленностью реагирования, а у психастеника — интрапунитивной. Таким образом, основными характеристиками психастенического типа являются *застенчивость, смущенность, робость, нерешительность.* У человека с подобными чертами характера затрудняются контакты с окружающими в силу невозможности справиться с волнением и тревогой по поводу *повышенного чувства рефлексии и заниженной самооценки.* Психастеник сторонится людей, поскольку боится выглядеть смешным, неуклюжим, некрасивым и плохим собеседником. Робость приводит к тому, что он становится молчуном, особенно в компании с незнакомыми людьми. В знакомой же обстановке робость может компенсироваться. Вследствие опасений предстать перед окружающими в «неприглядном» виде такие люди вырабатывают поведенческие ритуалы на все случаи жизни. Они научаются формально общаться, но страшатся неожиданных поворотов и перемен в жизни. Немаловажная характеристика психастеника — его *мнительность и осторожность.* Мнительность охватывает как представление об отношении окружающих к нему («осуждают», «не доверяют и пере-

проверяют»), так и *ипохондричность,* то есть повышенную, часто необоснованную тревожность по поводу собственного здоровья. Психастеник проявляет осмотрительность и осторожность даже там, где она оказывается излишней. Он склонен перепроверять многие собственные и чужие действия во избежание трагедии. В патологических случаях это приводит к развитию *навязчивых идей.* Пациент с психастеническими чертами характера страшится, что забыл выключить свет, газ, перекрыть воду и закрыть входную дверь при выходе из дома. Сомнения могут терзать его долгое время, приводя в еще более тягостное эмоциональное состояние. В силу этого психастеник часто бывает озабочен деталями, правилами, перечнями, порядком и графиками. Он, как и эпилептоид, может быть *педантом.* Тревожность нередко выражается в стиле поведения. Так, психастеник во избежание опоздания может приходить на вокзал заранее и несколько часов ожидать прибытия поезда. Он склонен перестраховываться. Кроме того, типичной психастенической чертой считается *перфекционизм* — стремление к совершенству в любом деле. Нередко в связи с этим человек не может доделать важное дело, поскольку продолжает что-то дорабатывать, совершенствовать. При этом утрачивается динамичность жизни, поскольку *повышенная скрупулезность, чрезмерная добросовестность* приводит к обратным результатам и разочарованиям.

Вариантом психастенического типа характера является *тревожный тип.* Его особенность — повышенная озабоченность критикой в свой адрес или неприятие ее в социальных ситуациях, нежелание вступать во взаимоотношения без гарантии понравиться.

Астенический тип характера (иногда его называют *зависимым)* сходен с психастеническим, однако включает в себя иной набор специфических особенностей. Его сущность заключается в *уклонении от любой ответственности, растворении и подчинении собственных потребностей потребностям других,* а также в *повышенной эмотивности.* Такой человек, как правило, боится иметь собственное мнение, страшится самостоятельности и ощущает беспомощность в одиночестве. Он склонен постоянно ориентироваться на мнение окружающих, жить их жизнью. Астеник пассивен, безынициативен, довольствуется тем, что оказывается доступным, не прилагает никаких усилий к тому, чтобы как-то изменить свою жизнь. Наряду с этим, в структуру астенического характера входит повышенная эмотивность, сентиментальность и жалостливость.

Паранойяльный тип характера отличается от остальных в первую очередь *чрезмерной чувствительностью к неудачам* и отказам со стороны окружения. Это связано с имеющейся тенденцией к завышению самооценки и уровня требований к социальному окружению. Параноик считает, что все вокруг обязаны считаться с его мнением, его делами и склонен бурно реагировать в случае несовпадения реальности с его ожиданиями. Он нередко ворчлив, постоянно чем-то недоволен, стремится подмечать промахи окружающих и делать им замечания. Так же как при эпилептоидных чертах характера, проявляется аффективная ригидность. Специфичной для паранойяльного типа характера считается такая особенность, как *подозрительность, поиск тайного, угрожающего смысла в поступках окружающих.* Параноик склонен к мистическому и

иррациональному познанию действительности, он может быть суеверен, склонен искажать факты путем неверного их истолкования. У него отмечается повышенное чувство обиды на отношение к нему даже случайных людей, которое он воспринимает как сознательно негативное. Например, параноик может быть убежден, что в магазине ему специально подсунули кислое молоко, тогда как он покупал его наравне с другими покупателями. Любые высказывания окружающих, их жесты и поступки расцениваются параноиком как имеющие непосредственное отношение к нему. Параноик прямолинеен в высказываниях и поступках, ревнив и склонен к правдолюбию и поиску справедливости даже в мелочах. Нередко в рамках паранойяльных черт характера появляются доминирующие идеи, которым человек отдает всего себя. Доминирующие идеи — это идеи фикс, различные по тематике (изобретательства, политического переустройства, сутяжничества и кверулянства), но сходные эмоциональной заряженностью на их воплощение в жизнь.

Приведенная выше типология характеров является одной из многочисленных. В мировой психологической литературе известна типология К. Леонгарда, который выделял десять разновидностей характера: гипертимный, дистимный, тревожный, эмотивный, демонстративный, экзальтированный, застревающий, педантичный, возбудимый, аффективно-лабильный типы акцентуированных личностей и их сочетания. Если попытаться соотнести типологию К. Леонгарда с традиционной для клинической психологии и психологии девиантного поведения, то гипертимную, демонстративную и экзальтированную акцентуации следует включить в истерический тип, тревожную — в психастенический, эмотивную и дистимную — в астенический, аффективно-лабильную — в эпилептоидный (возбудимый вариант) и истерический, застревающую и педантичную — в эпилептоидный и психастенический типы.

Каждый из перечисленных типов характера может относиться к условной норме, быть заостренным (акцентуированным) или становиться основой т. н. расстройств личности — психопатии в устаревшем употреблении термина. Под *акцентуациями характера* понимается заострение черт характера, не доходящее до патологической степени. Акцентуации можно расположить на границе между характерологической нормой и патологией. По мнению А. Е. Личко, акцентуации отличаются от клинически выявляемой патологии характера тем, что: 1) возникают не всегда и не везде, а лишь в тех случаях, когда трудные жизненные ситуации предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления» в характере данного индивида; 2) не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации личности или нарушения адаптации имеют временный, преходящий характер; 3) в определенных жизненных ситуациях могут даже способствовать социальной адаптации.

Особо обратим внимание на последний параметр, в соответствии с которым заостренные черты характера могут при определенных условиях способствовать адаптации. Так, человек с истерической акцентуацией характера будет компенсировать и адаптироваться, если станет актером, а шизоид легко сможет адаптироваться к работе, которая требует в течение длительного времени находиться в одиночестве.

Формирование характера происходит на базе свойств темперамента под влиянием определенных форм воспитания (целенаправленного или нецеленаправленного — стихийного). Воспитание включает как воспитание через указание, так и воспитание через пример. Нередко родители не могут четко сформулировать цели воспитания или эти цели изменяются в зависимости от обстоятельств, поэтому можно говорить, что целью воспитательного процесса на уровне черт характера будет являться формирование гармоничного характера, о параметрах которого мы писали выше.

Н. Пезешкиан разделил воспитание в зависимости от поставленных воспитателем задач на три вида: *воспитание для общества, воспитание для воспитателя, воспитание для воспитуемого.* Предполагается, что воспитание той или иной характерологической черты нацелено на выполнение какой-то важной задачи и должно преследовать какую-нибудь значимую для самого человека, его близкого или дальнего окружения цель (рис. 8).



Рис. 8. Виды воспитания (по Н. Пезешкиану)

При «воспитании для общества» такие значимые задачи — формирование социально значимых черт, становление обязательных или требуемых от членов общества качеств (например, законопослушания). В рамках «воспитания для воспитателя» задачи вытекают из особенностей педагогического процесса. Предполагается, что это должны быть черты характера, максимально облегчающие воспитание (например, послушание). «Воспитание для воспитуемого» ставит задачу выработки таких качеств характера, которые способны гармонизировать самого человека, стать выгодными ему. Сравнивая три вида воспитания, отметим, что два первых не могут быть признаны полностью адекватными, целесообразными и эффективными, поскольку в целях воспитания учитывается лишь внешний аспект. Они нацелены на создание возможностей для более полноценной адаптации к микро- и макросоциуму. Гармоничность же характера человека, как указано выше, включает еще и самоактуализацию, которая при «воспитании для общества» и «воспитании для воспитателя» полностью игнорируется. Вследствие этого два первых вида воспитания можно условно назвать дрессурой, поскольку выработка черт характера строится по принципу внешней целесообразности. К тому же она нередко исходит из принципа выгоды.

В. Я. Гиндикиным и В. А. Гурьевой описаны несколько типов неправильного воспитания, способствующих патохарактерологическому развитию личности:

{.*«Кумир семьи».* Восхваление ребенка, культивирование в нем чувства исключительности, освобождение его от всех тягот, склонность к выполнению любой его прихоти, снятие ответственности за проступки.

2. *Гиперопека.* Чрезмерное внимание и контроль со стороны взрослых, навязывание своего мнения по любому вопросу, диктование каждого шага, ограждение от опасностей, культивирование осторожности.
3. *Гипоопека.* Недостаточное внимание со стороны родителей, игнорирование целенаправленного воспитания. В крайнем выражении представлено воспитанием по следующему типу.
4. *Безнадзорность.* Высокая степень гипоопеки.
5. *«Золушка».* Лишение ребенка ласки и внимания со стороны старших. Постоянное третирование ребенка, унижение, противопоставление другим детям, лишение удовольствий.
6. *«Ежовыерукавицы».* Систематическое избиение ребенка, диктаторское отношение к нему, отсутствие тепла, сочувствия и поощрения.

Наряду с перечисленными типами воспитания, американскими психиатрами выделено воспитание с использованием *«парадоксальной коммуникации», или «двойного принуждения».* Данный тип воспитания отмечается у так называемых «шизофреногенных матерей». Суть его заключается в сочетании непоследовательности предъявления требований к ребенку с отсутствием эмоционального контакта с ним. Ребенок в ситуации «двойного принуждения» не может выработать поощряемого взрослым стиля поведения. Он не понимает, какой поступок считать правильным, а какой — неправильным. Например, мать, купив ребенку две машинки (одну зеленого, другую синего цвета), спрашивает о том, какая из них нравится ребенку больше. Получив ответ, эмоционально подкрепленный благодарностью, что зеленая, она с обидой говорит: «Значит, синяя тебе не понравилась?» Налицо парадоксальная коммуникация. Любой ответ ребенка вызывает негативную реакцию матери и приводит его в замешательство, не способствуя формированию гармоничного характера.

Считается, что к разным типам характера предрасполагают различные типы неправильного воспитания (табл. 4).

Таблица 4

Распределение различных типов воспитания и типов характера

Тип воспитания	И	Ш	Э+В	ПС	А	П	М
«Кумир семьи»							
Гиперопека	*	*	*				*
Гипоопека		**	**		*		
Безнадзорность		*	*				
«Золушка»					*		
«Ежовые рукавицы»		*			*		*
Парадоксальная коммуникация		**				*	*

Обозначения: И — истерический, Ш — шизоидный, Э+В — эпилептоидный (возбудимый вариант), ПС — психастенический, А— астенический, П — паранойяльный, М — мозаичный (смешанный).

Подытоживая раздел, посвященный характерологическим особенностям человека, укажем, что на данном уровне психической индивидуальности главенствующую роль играет фактор целенаправленного воспитания и самовоспитания психологических свойств и качеств, которые в дальнейшем остаются практически неизменными и могут определять стили отношения к различным сторонам жизни и поведенческие стереотипы.

ЛИЧНОСТНАЯ ГАРМОНИЯ

В структуре индивидуальности личность занимает высшую ступень иерархической лестницы. Личностные качества формируются на базе нижележащих уровней, однако не определяются исключительно их типами и свойствами. В отличие от типов темперамента и черт характера, являющихся устойчивыми и практически неизменными параметрами психической индивидуальности, качества личности могут изменяться в течение жизни, иметь тенденцию к разнонаправленное™ в зависимости от внешних и внутренних устремлений. На уровне личностных свойств и качеств, как и на уровне темпераментальных и характерологических особенностей, возможна гармоничность и дисгармоничность. Нередко девиантные формы поведения связаны с личностной аномалией.

Личность— это относительно устойчивая система социально значимых черт, характеризующая индивида как члена того или иного общества или общности. Другими словами, для становления личностных качеств существенное значение имеет социум. Если свойства темперамента или черты характера могут проявляться вне зависимости от социального окружения (например, эмоциональность, чистоплотность и аккуратность отшельника, не видящего людей многие годы), то качества личности невозможно проявить вне общения и взаимодействия с людьми или иными живыми существами.

Нередко личностные качества смешивают с индивидуально-психологическими и используют в качестве синонимов слова «личность» и «индивидуальность». Л. М. Баткин в связи с этим писал, что в разные эпохи в разных странах для обозначения этих понятий использовались различные термины. Так, греки, имея в виду индивида с социально значимыми чертами, говорили о «добром муже», «герое», «мудреце». Римляне использовали термин «гражданин», индусы — «атман», англичане XVIII века — «джентльмен».

Основными отличиями личностных качеств от характерологических черт являются: *степень волевой регуляции поведения, использование нравственных оснований, мировоззренческих установок, склонностей и социальных интересов при выборе системы поступков.* Если поступок или система поступков как отражение особенностей характера совершаются в силу выработанной и усвоенной индивидом традиции, привычки и до определенной степени автоматизированы, то в рамках личностных качеств они опосредуются мотивами,

интересами, склонностями, потребностями и регулируются с помощью волевых актов.

Ю. М. Орлов предложил разделять людей на две категории в зависимости от истоков поведения: «людей привычки» и «людей воли». Деятельность первых основывается на характерологических особенностях, вторых — на личностных. Типы характера различаются лишь направленностью и сферой применения «привычек». Человек по привычке может быть пунктуальным, чистоплотным, аккуратным или прилежным. Если черты характера сформированы, то поступки индивида не требуют от него приложения каких-нибудь усилий для их выполнения. Однако в жизни привычка может идти вразрез с требованиями обстоятельств, и тогда возникает необходимость волевого усилия для совершения малоинтересного или кажущегося неактуальным действия. Волевая регуляция деятельности основана на тех социальных потребностях, которые формируются в период зрелости человека. Это *потребности принадлежать к социальной группе, занимать в ней определенное положение, пользоваться вниманием и привязанностью окружающих, быть объектом уважения и любви.* Немаловажными являются и социальные потребности «для себя» (П. В. Симонов) — *потребности в самоуважении и самоактуализации.*

Для удовлетворения социальных потребностей человек в процессе воспитания и самовоспитания стремится обрести общественно поощряемые нравственные качества и сформировать социально одобряемое и разделяемое референтной группой или коллективом мировоззрение. А также выработать качества, на основании которых он смог бы принимать и уважать себя. К личностным качествам можно отнести, например, порядочность или непорядочность, альтруизм или эгоизм, филантропию или мизантропию, любовь или ненависть, отзывчивость или черствость, сочувствие или равнодушие, верность или неверность, храбрость или трусость, оптимизм или пессимизм, совестливость или бессовестность, алчность или щедрость, лживость или честность и др.

Стать личностью — означает, во-первых, занять какую-либо жизненную позицию, прежде всего определяющую нравственные приоритеты, во-вторых, в достаточной степени осознать ее и нести за нее ответственность, в-третьих, утверждать ее своими поступками и делами (Б. С. Братусь). Выбор жизненной позиции и выработка для ее поддержания значимых личностных качеств определяется *личностным смыслом,* личностным значением, которые должны ответить на вопрос, ради чего совершается или должно быть совершено то или иное действие. Личностный смысл выражает отношение субъекта к явлениям объективной действительности, он создается в результате отражения субъектом отношений, существующих между ним и тем, на что его действия направлены как на непосредственный результат (цель). То есть личностный смысл порождается отношением мотива к цели.

Одной из важных характеристик личности является *ценностная ориентация, или личностные ценности.* Под личностными ценностями понимают осознанные и принятые человеком общие смыслы его жизни. Индивид в процессе становления личностных качеств овладевает философией жизни, производит

ранжирование ценностей в зависимости от нравственных устремлений, решает наиболее трудный вопрос о *смысле жизни.*

Б. С. Братусь предложил при оценке личностных качеств использовать уровневую характеристику смысловых сфер. Он выделил четыре уровня: *прагматический, эгоцентрический, группоцентрический, просоциальный.* Нулевой уровень — это собственно прагматические, ситуационные смыслы, определяемые самой предметной логикой достижения цели в данных конкретных условиях. Исходным моментом первого уровня является личная выгода, удобство, престижность. В рамках второго уровня смысловым моментом отношений к действительности становится близкое окружение человека (семья, группа), которое он либо отождествляет с собой, либо ставит выше себя в своих интересах и устремлениях. Третий уровень включает в себя коллективистскую, общественную и, как свою высшую ступень, общечеловеческую смысловые ориентации.

Немаловажным параметром личности считается ориентация **его** целей и потребностей. Выделяют два типа ориентации: *индивидуализм* и *коллективизм.* Под индивидуализмом понимается приоритет целей и потребностей индивидуума над потребностями основных групп (семья, коллектив, общество). При коллективистской модели личные ценности и потребности подчинены потребностям группы. Однако взаимоотношения людей в обществе более разнообразны и способствуют формированию четырех комбинаций индивидуализма и коллективизма, что, в свою очередь, определяет развитие тех или иных личностных качеств. Описаны горизонтальный и вертикальный индивидуализм и коллективизм.

Для психологии девиантного поведения знание механизмов формирования личностных качеств, так же как и механизмов становления характерологических свойств, весьма актуально, поскольку девиантное поведение основывается на распространенных изменениях характера и личности, возникающих вследствие соматического или психического заболевания, а также после жизненных потрясений.

Одной из наиболее значительных и убедительных концепций в области клинической психологии и психологии девиантного поведения является **дифференциально-аналитическая концепция Н. Пезешкиана. В** ней, в частности, разработана схема приоритетных отношений (ценностей) человека и описаны кардинальные психологические особенности, формирование которых можно объяснить различными ценностными приоритетами. Интерес представляет также транскультурный подход в оценке формирования личностного смысла и личностных ценностей. Н. Пезешкиан выделяет две принципиально различные по ориентационным приоритетам культуры: западную и восточную, которые способны как сформировать особые устремления отдельного человека и общества, так и создать условия для переработки внутриличностных и межличностных конфликтов. «Каждый человек имеет свои определенные предпочтения в способах переработки конфликтов, — пишет Н. Пезешкиан, — и при гипертрофии одной из форм переработки остальные отодвигаются на второй план. То, какие из форм оказываются в предпочте-

нии, зависит в значительной степени от воспитания и, прежде всего, от опыта, полученного в детстве».

Согласно концепции дифференциального анализа, приоритеты (ценности) человека или культуры (этноса) могут быть сосредоточены в четырех областях, названных: тело/ощущения, деятельность/работа, контакты, фантазии/будущее. В приоритеты, обозначенные условно *«тело/ощущения»,* включаются такие ценности, как: физическое и психическое самочувствие, внешняя привлекательность, сексуальность, удовлетворенность количеством и качеством сна, принятия пищи. Вследствие развития данного приоритета в процессе воспитания вырабатываются, например, такие свойства характера, как чистоплотность, сексуальность, стремление к физическому и психическому комфорту. К приоритетам, названным *«деятельность/работа»,* относится ценность труда, отношение к работе, ее престижности, авторитету, карьерные ценности и пр. На их основе формируются, например, пунктуальность, организованность, послушание, надежность, бережливость. Приоритетность *«контактов»* говорит сама за себя. В этой области ценностями становятся любовь, терпение, доверие. Сфера приоритетности *«фантазии/будущее»* включает становление ценностей религии, интуитивных способов жизни, творчества. Каждая из четырех сфер закрепляет ценности в процессе воспитания человека с помощью концепций-девизов (житейских мудростей, на основании которых строятся взаимоотношения в семье, обществе, культуре, этносе).

«По моим наблюдениям, сделанным более чем в двадцати культурах, — пишет Н. Пезешкиан, — в Европе и Северной Америке на первом месте оказываются ценности из области «тело» и «деятельность», в то время как на Востоке прослеживается тенденция доминирования областей «контактов», «фантазий» и в меньшей степени «тела».

Западная модель приоритетов (ценностей, обладание которыми становится смыслом жизни, способствует обретению психологического комфорта) ориентируется на ценности сохранения собственного здоровья, внешней привлекательности, «моложавости», «спортивности», сексуальности, а также карьеризма, увлеченности работой, престижности. Приоритеты заставляют изменять жизнь и отдавать этим сферам основную часть энергии, сил и времени. Именно поэтому человек западной психологической культуры активно зани-

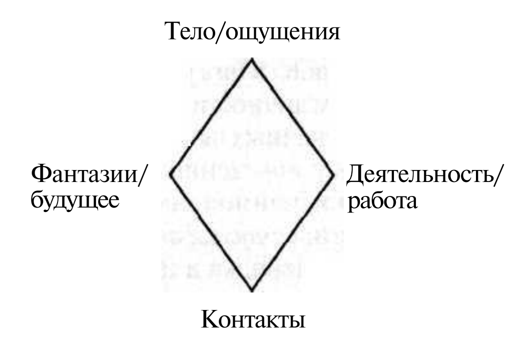


Рис. 9. Концепция Н. Пезешкиана

мается спортом (чтобы комфортно себя чувствовать и выглядеть «на миллион долларов»), следит за собой (благодаря парфюмерной индустрии), у него все «ОК», он уважает сильных, достигших чего-либо в жизни, авторитетных людей и ориентируется на престижность.

Восточная модель приоритетов нацелена в первую очередь на контакты между людьми, близкие эмоциональные отношения, поиск смысла жизни. Эти области становятся значимыми, часто в ущерб иным, например пунктуальности, организованности, бережливости — характерных западных ценностей.

Личность в **психоаналитической теории З. Фрейда** рассматривается в единстве трех основных структурных компонентов души: *Ид (Оно), Эго и Суперэго.* Ид (Оно), как считал З. Фрейд, содержит все унаследованное, все, что есть при рождении, что заложено в конституции, то есть инстинкты. Это первоначальная, базисная структура личности, открытая как соматическим требованиям тела, так и действиям Эго и Суперэго. Содержание Ид почти целиком бессознательное. Оно включает в себя психические формы, которые никогда не были сознательными, равно как и материал, который оказался неприемлемым для осознания. Мысли или воспоминания, вытесненные из сознания и обретающиеся среди теней Ид, по-прежнему способны влиять на психическую жизнь человека. Эго является той частью психического аппарата, которая находится в контакте с внешней реальностью. Основной внешней задачей Эго З. Фрейд называет самосохранение посредством бегства, адаптации или деятельности; основной внутренней задачей — контролирование инстинктов в виде подавления, ослабления, сублимации, исходя из обстоятельств и требований внешнего мира. Суперэго служит судьей (цензором) деятельности и мыслей Эго. Это, по мнению З. Фрейда, хранилище моральных установлений, норм поведения. Базисные функции Суперэго: совесть, самонаблюдение и формирование идеалов.

С позиции психоаналитической теории становление личности происходит на основе *принципов удовольствия, реальности и постоянства.* Принцип удовольствия утверждает, что психика стремится к достижению удовольствия и избегания боли; принцип реальности говорит о том, что у человека отмечается стремление к приведению бессознательных индивидуалистических стремлений к получению удовольствия в соответствие с требованиями внешнего мира, с объективной реальностью; принцип постоянства указывает на то, что психический аппарат обладает тенденцией удерживать имеющееся в нем количество возбуждения на возможно более низком и постоянном уровне.

Теория аналитической психологии К. Юнга рассматривает личность как совокупность *архетипов.* Под архетипом личности понимается форма и способ связи наследуемых бессознательных первичных человеческих прообразов и структур психики, обеспечивающих основу поведения, понимание мира, внутреннее единство и взаимосвязь культуры и взаимопонимания людей. К. Юнг выделял пять основных архетипов личности: *самость, анима и анимус, тень, эго и персону.* Самость он называл архетипом порядка и целостности личности. Анима и анимус представляют интерсексуальные связи в душе каждого индивидуума (первый — у мужчины, второй — у женщины) и фокусируют весь психологический материал, который не удовлетворяет сознательному представлению че-

ловека о себе как о мужчине или женщине. Тенью К. Юнг обозначал центр личного бессознательного, фокус для материала, который был вытеснен из сознания и включает тенденции, желания, воспоминания и переживания, которые отрицаются индивидом как несовместимые с его персоной или противоречащие социальным стандартам. Эго — это психическое образование, возникающее из бессознательного и создающее разделение между бессознательным и сознанием. Под персоной подразумевается то, какими мы предстаем перед миром. Персона тождественна понятию характера и включает социальные роли, индивидуальный стиль выражения эмоций. По мнению К. Юнга, человек рождается не только с набором биологических свойств, но и с психологическим наследством в виде *«коллективного бессознательного»*. Оно содержит психический материал, который не может возникнуть в личном опыте и который способствует формированию многих личностных качеств.

С точки зрения **индивидуальной психологии А. Адлера** личность формируется под влиянием стремления человека к совершенствованию и превосходству. Существенным для психологии девиантного поведения, в частности в плане понимания поведения хронически больного и развития его личности в условиях болезни, является мнение А. Адлера о том, что люди со значительной слабостью органов часто пытаются компенсировать это, развивая какую-либо сферу деятельности, оставшуюся доступной для развития. «Почти у всех выдающихся людей мы находим какое-либо несовершенство органов, тяжелые болезни, особенно в детские годы, — отмечает А. Адлер, -г Создается впечатление, что они встретили значительные препятствия в начале жизни, но боролись и преодолели свои трудности». То есть у человека в результате возникновения проблем с соматическим здоровьем происходит *гиперкомпенсация дефекта*. Особенно ярко она проявляется в случаях сочетания соматической неполноценности с *«комплексом неполноценности»* психологического свойства. Формирование личности рассматривается в индивидуальной психологии как формирование жизненных целей, начинающееся в детстве как компенсация чувства неполноценности, небезопасности, неуверенности и беспомощности в мире взрослых. При этом жизненные цели служат защитой против чувства бессилия, мостом между неудовлетворяющим настоящим и ярким, могущественным, совершенным будущим.

В гештальтпсихологии личность человека рассматривается сквозь призму способности перейти от опоры на среду и регулирование средой к опоре на себя и саморегуляцию. Условием достижения гармоничного равновесия между организмом и средой является сознавание иерархии потребностей. Ф. Перлс считал процесс сознавания центральным пунктом психологии личности, способствующим личностному росту. Для него в основе сознавания лежит понимание организма как целого, принципы «здесь и теперь» и «как и почему». Жизнь в настоящем («здесь и теперь») представлялась Ф. Перлсу признаком личностного психологического здоровья, отличающего гармоничного человека от невротика. Не менее важным принципом он считал и осознание индивидуумом процессов совершения поступков («как») и их каузальной детерминации («почему»). «Каждый элемент существования человека, — указывает

Ф. Перле, — может быть понят как часть одного или нескольких гештальтов, то есть элемент не может быть понят как «следствие» какой-то «причины» отдельно от целостной матрицы причин, которые в это вовлечены». Наиболее важным выводом гештальтпеихологии для клинической психологии и психологии личности следует считать вывод о том, что принцип иерархии потребностей всегда действует в человеке и важная незаконченная ситуация всегда проявится, если только человек просто осознает собственный опыт себя.

Бихевиоризм (поведенческий подход к анализу психологии личности) рассматривает личность человека как *сумму паттернов поведения* генетической природы. Любой поступок человека видится как выработанная привычка, сформированная по типу рефлекса. Б. Скиннер описал такие способы становления и закрепления паттернов поведения и возникновения личностных черт, как *обусловливание и подкрепление.* Оперативным обусловливанием называется процесс формирования и поддержания определенного поведения посредством его следствий. Подкрепление отличается от обусловливания только временным параметром. Обусловливание имеет место до какого-либо действия или поступка, а подкрепление — после. Например, можно попытаться сделать человека честным, обусловливая и подкрепляя это качество: вознаграждая или лишая чего-либо в зависимости от проявления или непроявления данного качества. При этом в процессе обусловливания награда или наказание будут оговорены заранее (до совершения поступка), а в процессе подкрепления станут известны по его завершении. Таким образом, бихевиоризм вторгся в сферу воспитания черт характера, в нем был выработан специфический подход к этому важному процессу и описаны способы управления поведением.

Э. Фромм с позиций гуманистической психологии попытался сформулировать значимые для личности человека параметры, используя понятия *обладания* и *бытия,* на основании которых происходит формирование тех или иных качеств личности. Обладанием называется процесс присвоения каких-либо внешних или внутренних свойств, качеств, объектов и функций и получение удовлетворения от самого процесса владения ими. Обладанию противостоит бытие, существование, характеризующееся получением удовлетворения от жизни. Человек может быть нацелен на одну из систем: «У меня есть...» или «Я есть...». По мнению Э. Фромма, обладание и бытие являются двумя основными способами существования человека, доминирование одного их которых определяет различия в индивидуальных и социальных характерах людей. Наиболее ярко подобная альтернатива представлена в *отношении к жизни и смерти* — центральной проблеме человеческого существования. Э. Фромм описал две личностные стратегии, обусловливающие выработку специфических качеств человека, — страх смерти или утверждение жизни. Отношение к жизни и смерти может рассматриваться как сквозь призму обладания, так и сквозь призму бытия. Основываясь на первой платформе, страх смерти трактуется как страх потерять то, что имеешь. Вторая же платформа способна предотвратить развитие интенсивного страха смерти в связи с мировоззренческой позицией бытия. Бытие существует только «здесь и сейчас», в то время как обладание проецируется на любое время (прошлое, настоящее и будущее).

При ориентации на обладание человек привязан к тому, что накоплено им в прошлом: к деньгам, земле, славе, социальному положению, знаниям, детям, воспоминаниям. Нацеливаясь на будущее, человек предвосхищает то, чем он сможет обладать в перспективе. Всего этого можно избежать, если исключить главенствующее давление времени. Время не довлеет над бытием.

Э. Фромм обратился в своих исследованиях к одним из наиболее значимых качеств личности — социальному характеру и *«религиозным потребностям»*. Решая проблему личности с позиции необходимости ориентации на идеал (идеалы), он обратился к религии. Правда, оговорившись, что проблема удовлетворения так называемой «религиозной потребности» не должна сводиться к анализу вопроса, что есть религия. Существеннее другой аспект: способствует ли она дальнейшему развитию человека, реализации свойственных ему сугубо человеческих способностей или же препятствует. «Всякая конкретная религия, — утверждал Э. Фромм, — если она только действительно мотивирует поведение, коренится в специфической структуре социального характера индивида».

В рамках **гуманистической психологии** большое значение имеют работы А. Маслоу о **психологии самоактуализации.** Наивысшей точкой развития личности он считал самоактуализацию личности — «наиболее полное использование собственных талантов, способностей и возможностей», в отличие от среднего человека, который живет с «заглушёнными и подавленными способностями». В теории самоактуализации описаны восемь путей — типов поведения для наиболее гармоничного личностного роста:

1) более полное переживание того, что происходит в нас и вокруг нас;
2) принятие решений в пользу личностного роста, поскольку жизнь — процесс постоянного выбора (между безопасностью и ростом, прогрессом и регрессом);
3) умение подстраиваться к собственной внутренней природе, быть актуальным — реальным, существовать фактически;
4) честность и принятие на себя ответственности за свои действия и поступки;
5) вера в свои суждения и умение действовать в соответствии с ними;
6) максимальное использование своих способностей и разума;
7) интегрированность в мир;
8) обнаружение собственных психологических защит от мира и работа отказа от них.

Наиболее известные отечественные теории личности, значимые для психологии девиантного поведения, — это теория отношений личности В. Н. Мясищева, деятельностная теория личности А. Н. Леонтьева, теория установки Д. Н. Узнадзе и теория структуры личности К. К. Платонова.

Главной характеристикой личности в **теории В. Н. Мясищева** является система ее отношений, то есть взаимоотношений и взаимодействий с людьми, становление которой происходит в процессе социализации. Отношения формируют *сознательную избирательность (приоритетность) в контактах с окру-*

укающими, определяют степень интереса, силу эмоции и желаний и выступают в качестве движущей силы личности. Таким образом, личностные качества возникают и становятся устойчивыми только в условиях сознательной деятельности человека, которая способствует субъективно-личностному отношениию к социуму. В соответствии с **психологией деятельности А. Н. Леонтьева,** ядро личности — это система относительно устойчивых иерархизированных мотивов как основных побудителей деятельности с формированием *смыслообразующих мотивов и мотивов-стимулов.* Основой же выступает отношение иерархии мотивов. Личностный рост осуществляется в процессе общения, которое во многом определяет становление перцептивных, мнестических, мыслительных и других характеристик человека, его эмоционально-волевой сферы. **Теория установки** Д. **Н. Узнадзе** раскрывает источники и механизмы активности личности, используя понятие установки субъекта — внутреннего состояния готовности человека определенным образом воспринимать, оценивать и действовать по отношению к объектам и явлениям окружающей действительности. В свою очередь, механизм установки рассматривается на уровне неосознаваемой деятельности, с помощью которой осуществляется удовлетворение той или иной потребности. Структура личности в понимании **К. К. Платонова** представляет собой соотношение биологического и социального на уровне четырех подструктур (табл. 5).

Многие теории личности подробно рассматривали проблему *жизненного пути (судьбы)личности.* По сути, о судьбе, то есть истории и развитии человека, можно говорить, имея в виду только личностные качества, поскольку оценивать и анализировать жизненный путь человека, исходя из свойств его темперамента или черт характера, было бы несправедливым. Судьба не задана и не может вершиться на основании биологических законов или психологических привычек. Человек на личностном уровне творит свою судьбу сам. Причем этот творческий процесс базируется на *выборе смысла жизни.* Многие люди задаются вопросом, что для развития личности более значимо: получе-

Таблица 5

Структура личности (по **К. К. Платонову)**

Подструктура	Качества	Соотношение биологического и социального
Подструктура направленности	Убеждения, мировоззрение, личностные смыслы, интересы	Социальный уровень
Подструктура опыта	Умения, знания, навыки, привычки	Социально-биологический уровень
Подструктура форм отражения	Особенности познавательных процессов (внимания, памяти, мышления, ощущения, восприятия и эмоции)	Биосоциальный уровень
Подструктура конституциональных свойств	Скорость протекания нервных процессов, баланс процессов возбуждения и торможения, половые и возрастные свойства	Биологический уровень

ние смысла или его самостоятельный поиск. На этот вопрос по-разному отвечают представители религии и представители науки (философии). Для первых развитие личности немыслимо без получения человеком изначального смысла существования, предоставляемого свыше; для вторых — без приобретения смысла в процессе познания сущности бытия.

С точки зрения представителя **гуманистической психологии В. Франкла,** «поскольку жизнь является вереницей уникальных ситуаций и человек уникален как в сущности, так и в существовании, смысл его жизни также уникален», то есть «нет такой вещи, как универсальный смысл жизни, а есть лишь уникальные смыслы индивидуальных ситуаций». При этом все же следует помнить, что существуют смыслы, разделяемые множеством людей или присущие людям определенного общества. Такие смыслы обозначаются понятием «ценности». Считается, что обладание ценностями облегчает поиск смысла. С точки зрения В. Франкла, существенен тот факт, что ценности, в отличие от смыслов, построены по иерархическому принципу и человек волен их выбирать. Смыслы же опосредуются ответственностью и совестью. «Истинный смысл следует искать при помощи совести — исключительно человеческого феномена», — писал В. Франкл. Он ярко выразил свою позицию в психотерапевтической беседе в камере смертников с приговоренным к казни, сказав, что «жизнь либо имеет смысл, и в таком случае он не зависит от ее продолжительности, либо она не имеет смысла, и в таком случае было бы бесцельным продолжать ее». Существенными признаками экзистенциального существования человека, делающими его гармоничным, В. Франкл назвал *духовность, свободу и ответственность.* Духовность отражает нравственную сторону жизни, формируя качества личности, нацеленные на блага других. Свобода представляет собой *свободу по отношению к влечениям, наследственности и среде.* Экзистенциальный анализ признает человека не только свободным, но и ответственным. Человек в первую очередь ответственен за поиск и осуществление смысла и реализацию ценностей. По мнению В. Франкла, он несет *ответственность за наслаждение и ценность, влечение и смысл перед совестью и Богом.*

Проведенный выше анализ теорий личности и современное положение в области психологии девиантного поведения показывает, что, наряду с понятием гармоничного характера, позволительно говорить о гармоничной личности. Под **гармоничной личностью** мы понимаем индивида, который в процессе социализации осознанно сформировался как человек, обладающий ответственностью за собственную судьбу и совершаемые поступки, самостоятельностью и автономностью в принятии решений, руководствующегося в своей жизни нравственными законами. Можно утверждать, что гармоничная личность живет в соответствии с девизом: «Мне никто ничего не должен». Этот принцип следует понимать как отказ от предъявления претензий окружающим (родителям, детям, государству и пр.) в случаях жизненных неудач. В рамках психологии аномального и девиантного развития личности все перечисленные качества предстают инверсными. Ответственность заменяется долженствованием, самостоятельность — зависимостью, нравственность — безнравственностью.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. Неповторимость, уникальность сочетания различных свойств и качеств человека обозначается терминами:

а) темперамент;
б) характер;
в) личность;
г) индивид;
д) индивидуальность.

2. В структуру индивидуальности входят все нижеперечисленные составляющие, за исключением:

а) индивидуальных свойств организма;
б) индивидуальных психофизиологических свойств;
в) индивидуальных генетических качеств;
г) индивидуальных психических свойств;
д) индивидуальных социально-психологических свойств.

3. Макроморфологическая подсистема общей конституции, отражающая основные особенности динамики онтогенеза, метаболизма, общую реактивность организма и энергодинамические свойства, называется:

а) морфофенотипом;
б) темпераментом;
в) характером;
г) личностью;
д) психотипом.

4. Психологической составляющей индивидуальности считается:

а) темперамент;
б) характер;
в) личность;
г) морфофенотип;
д) архетип.

5. К клиническим параметрам темперамента относится все нижеперечисленные, за исключением:

а) эстетичности;
б) эмоциональности;
в) скорости мышления;
г) скорости двигательных актов;
д) коммуникабельности.

6. Сходными по параметру эмоциональности (впечатлительности) являются:
а) холерик и меланхолик;
б) холерик и сангвиник;
в) меланхолик и сангвиник;
г) холерик и флегматик;
д) сангвиник и флегматик.

7. Сходными по параметру импульсивности являются:
а) холерик и меланхолик;
б) холерик и сангвиник;
в) меланхолик и сангвиник;
г) холерик и флегматик;
д) сангвиник и флегматик.

8. Совокупность индивидуальных, сложившихся в процессе социализации и ставших устойчивыми, стереотипов поведения, штампов эмоциональных реакций, стиля мышления, зафиксированная в привычках и манерах система взаимоотношений с окружающими обозначается термином:
а) темперамент;
б) характер;
в) личность;
г) индивидуальность;
д) индивид.

9. К параметрам гармоничного характера относятся все нижеперечисленные, за исключением:
а) зрелости;
б) здравомыслия;
в) автономности;
г) гибкости самооценки;
д) нравственности.

10. Перфекционизм входит в структуру:
а) истерического типа характера;
б) шизоидного типа характера;
в) психастенического типа характера;
г) паранойяльного типа характера;
д) эпилептоидного типа характера.

11. Склонность к повышенной аккуратности входит в структуру:
а) истерического типа характера;
б) шизоидного типа характера;
в) психастенического типа характера;
г) паранойяльного типа характера;
д) эпилептоидного типа характера.

12. Шизоидный тип характера включает все нижеперечисленные черты, за исключением:
а) алекситимии;
б) замкнутости;
в) ангедонии;
г) паратимии;
д) эксцентричности поведения.

13. Повышенная подозрительность в сочетании со склонностью к образованию сверхценных идей входит в структуру:
а) истерического типа характера;
б) шизоидного типа характера;
в) психастенического типа характера;
г) паранойяльного типа характера;
д) эпилептоидного типа характера.

14. Тип воспитания, включающий чрезмерное внимание и контроль со стороны взрослых, навязывание своего мнения по любому вопросу, диктование каждого шага, ограждение от опасностей, культивирование осторожности, называется:
а) «кумир семьи»;
б) гиперопека;
в) гипоопека;
г) «ежовые рукавицы»;
д) парадоксальная коммуникация.

15. Формированию истерических черт характера в большей степени способствует воспитание по типу:
а) «кумир семьи»;
б)гиперопека;
в) гипоопека;
г) «ежовые рукавицы»;
д) парадоксальная коммуникация.

16. Ценностные ориентации (в частности, в отношении смысла жизни) являются характеристикой:
а) темперамента;
б) характера;
в) личности;
г) морфофенотипа;
д) все ответы правильны.

17. В понятие гармоничной личности входит все нижеперечисленное, за исключением:
а) пунктуальности;
б) ответственности;

в) самостоятельности;
г) нравственности;
д) автономности.

18. В соответствии с дифференциально-аналитической теорией Н. Пезешкиана, в западную систему ценностей включается все нижеперечисленное, за исключением:
а) широкого круга друзей;
б) привлекательной внешности;
в) престижной работы;
г) хорошего заработка;
д) активной сексуальной жизни.

19. Принципы удовольствия, реальности и постоянства являются важными для формирования личностных качеств в соответствии с воззрениями:
а) 3. Фрейда;
б) К. Юнга;
в) А. Адлера;
г) В. Франкла;
д) Э. Фромма.

20. Принципы «обладания» и «бытия» являются важными для формирования личностных качеств в соответствии с воззрениями:
а) 3. Фрейда;
б) К. Юнга;
в) А. Адлера;
г) В. Франкла;
д) Э. Фромма.

Рекомендуемая литература

1. *Братусь Б. С.* Аномалии личности. М., 1988.
2. *Леонгард К.* Акцентуированные личности. Киев, 1981.
3. *Мерлин В. С.* Очерки интегрального исследования индивидуальности. М., 1986.
4. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. Л., 1960.
5. *Орлов Ю. М.* Восхождение к индивидуальности. М., 1991.
6. *Платонов К. К.* Структура и развитие личности. М., 1986.
7. *Пезешкиан Н.* Позитивная семейная психотерапия. М., 1993.
8. *Рубинштейн С. Л.* Основы обшей психологии: В 2 т. М., 1989.
9. *Фейдимен Дж., Фрезер Р.* Личность и личностный рост: В 4 вып. М., 1994.
10. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М., 1990.
11. *Фромм Э.* Иметь или быть? М., 1990.
12. *Юнг К.* Психологические типы. М., 1995.

Глава 3
ТИПЫ, ФОРМЫ И СТРУКТУРА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Девиантное (аномальное, ненормативное, отклоняющееся) поведение человека существенно отличается от гармонии и нормы и разнообразно по структуре, типам и формам. Под структурой девиантного поведения понимается специфика сочетания и динамики составных частей отклоняющегося от нормы или гармонии поведения. К типам девиантного поведения относят разновидности отклоняющегося поведения в зависимости от особенностей взаимодействия индивида с реальностью и механизмов возникновения поведенческих аномалий. Формы девиантного поведения включают в себя клинические проявления отклоняющегося поведения.

Девиантное поведение человека, как уже говорилось, можно обозначить как систему поступков, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или уклонения от нравственного и эстетического контроля над собственным поведением.

СТРУКТУРА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Девиантное поведение может иметь разнообразные структуру и динамические характеристики, формироваться как изолированное явление или явление группового порядка, сочетать в себе несколько клинических форм или выражаться в единственной форме, быть устойчивым или неустойчивым, иметь различную направленность и социальную значимость.

Индивидуальные (изолированные) девиации включают в себя все клинические формы и типы отклоняющегося поведения, при которых оно не зависит от поведения окружающих. Нарушение правовых, этических или эстетических норм происходит в данном случае вне связи с микросоциальными паттернами поведения. Нередко индивид осознанно стремится к выбору изолированной девиации, желая кардинально отличаться от окружения или кон-

фронтируя «со всеми и вся». Иногда он может не обращать внимания на наличие или отсутствие девиантных форм поведения у близкого окружения, то есть игнорировать реальность, не «изобретая» новую оригинальную девиацию. Особенно ярко индивидуальные девиации проявляются при психопатологическом и патохарактерологическом типах отклоняющегося поведения. Известна лишь одна разновидность группового психопатологического девиантного поведения, носящего название индуцированного — сформированного по механизмам прямого или косвенного внушения индивиду норм поведения и паттернов осмысления действительности, проведенного авторитетным для него человеком, находящимся в болезненном психическом состоянии. Классический пример — индуцированное бредовое поведение близких родственников душевнобольного.

К изолированным девиациям относятся коммуникативные формы отклоняющегося поведения (аутистическое и нарциссическое поведения, гиперобщительность), аутоагрессивное поведение в виде суицидальных попыток (хотя возможны и групповые формы так называемых ритуальных суицидов), нарушения пищевого поведения (анорексия или булимия), аномалии сексуального поведения и развития, сверхценные психопатологические увлечения («философическая интоксикация», сутяжничество и кверулянство, разновидности маний — клептомания, дромомания и др.), злоупотребление веществами, вызывающими изменения психической деятельности (наркотическая и алкогольная зависимость).

Наиболее часто наблюдаются *групповые девиации*. Их отличительной чертой является облигатность сходных форм девиантного поведения у близкого окружения, идолов, авторитетных лиц в референтной группе. Подавляющее большинство возрастных (особенно подростковых) вариантов отклоняющегося поведения относится к групповым. Так, характерологические и патохарактерологические реакции подростков имеют групповой характер. Реакции группирования со сверстниками, эмансипации, имитации, оппозиции, а также такие клинические формы девиантного поведения, как спортивный, музыкальный или религиозный фанатизм, коллекционирование и «паранойя здоровья», как правило, формируются не изолированно, а в группе. Часто такие девиации не могут существовать вне группы или коллектива и корригируются изоляцией человека.

В основе групповых разновидностей девиантного поведения лежит принцип *группового давления* и толерантности к этому давлению, чего не наблюдается при изолированных (индивидуальных) девиациях. Подросток в силу специфических индивидуальных возрастных особенностей склонен вначале дистанцироваться от взрослых и осознанно выбирать референтную группу. В дальнейшем уже сама группа вследствие внутригрупповых закономерностей нацелена карать своих отклоняющихся от общей линии членов, поскольку они могут создавать препятствия на пути общегруппового движения. Таким образом происходит становление группового отклоняющегося поведения, при котором всецелое принятие групповых взглядов сочетается с подавлением собственных сомнений в правильности, нормативности своего поведения.

Групповое давление на индивида способны оказывать как референтная группа, так и семья. Групповое давление и формирование девиантного поведения может происходить в рамках профессиональных и построенных на какой-либо идеологии коллективов, а также в группах «по интересам». Так, профессиональное, конфессиональное, «хоббиальное» или любое иное сообщество людей способно гласно или негласно требовать от своего члена соблюдения норм, которые фактически могут иметь оттенок отклоняющегося поведения. Байкерские нормы диктуют необходимость выбирать мотоцикл с максимально мощным и громким звуком двигателя и демонстрировать его громкость тогда, когда обывателю нужна тишина. От члена религиозной секты требуется в течение многих часов выкрикивать нечленораздельные фразы, обращаясь к божеству.

Семейные разновидности групповых девиаций демонстрируют отклоняющиеся паттерны поведения целой семьи или ее части, связанные с процессом группового давления. Это могут быть прямые влияния родителей на ребенка (например, вовлечение его в деятельность тоталитарной секты) или опосредованная трансляция девиантных традиций (например, злоупотребление алкоголем или сверхценные увлечения, стереотипы пищевого поведения). Возможны и обратные воздействия ребенка с отклоняющимся поведением на родителей (формирование патохарактерологического типа девиантного поведения в виде чрезмерной общественной или иной активности у матерей, дети которых страдают, например, наркоманией). Семейные девиации представляют собой устойчиво поддерживаемый и поощряемый группой (семьей) поведенческий стереотип. Зачастую семьи с девиантными формами группового поведения объединяются на базе этих отклонений и формируют новые группы — *метасемьи.* Известны так называемые «шведские семьи», объединяющим моментом которых служит приоритетность группового секса, религиозные коммуны, требующие от своих членов отречься от прежних семей и образовать новую духовную общность, приписывающую себе еще и семейные функции. Нередко лица с девиантными формами поведения строят свою семью на базе сходства отклоняющихся интересов и форм поведения.

Девиантные формы поведения могут быть временными и постоянными, устойчивыми и неустойчивыми. Для *временных девиаций* характерна малая длительность существования отклоняющегося поведения, часто связанная с групповым давлением и невозможностью быть вне группы. Так, подросток может проявлять девиантные формы поведения лишь в течение срока нахождения в лагере отдыха вместе со сверстниками, быть агрессивным только в группе. Или умеренно пьющий человек может злоупотреблять спиртными напитками под психологическим давлением попутчиков или сослуживцев во время командировки. К *постоянным девиациям* относят такие формы отклоняющегося поведения, которые имеют тенденцию к длительному существованию и слабую зависимость от внешних воздействий. Они составляют большинство девиантных форм поведения. *Устойчивые девиации* характеризуются монофеноменологичностью, то есть в поведении человека преобладает лишь какая-либо единственная форма отклоняющегося поведения. При *неустойчивой девиации* отмечается склонность к частой смене клинических проявле-

ний девиации. Например, у человека могут чередоваться девиации в виде злоупотребления наркотическими веществами и нарушения пищевого поведения. Девиант Т., 50 лет, вылечившись от алкоголизма, вначале стал приверженцем одного из учений о здоровом образе жизни с соответствующей отклоняющейся структурой поведения, а затем увлекся азартными играми (гемблингом) и проиграл на игровых автоматах большую сумму денег, заложив квартиру. В структуре его характера и личности был сформирован «каркас» для «нанизывания» на него разнообразных девиаций.

Выделяются стихийные и спланированные, структурированные (организованные) и неструктурированные (слабоорганизованные) разновидности отклоняющегося поведения. *Стихийные девиации* имеют склонность к быстрому, хаотичному и неспланированному формированию. Они возникают под влиянием внешних обстоятельств и характеризуются временным характером. В таком случае девиантное поведение специально не запланировано, однако и не исключено из поведенческой программы. Стечение обстоятельств и эмоциональный настрой индивида оказываются решающими в формировании неадекватного поведения. Провоцирующим моментом могут служить действия окружающих. Нередко стихийно совершаются агрессивные и аутоагрессивные поступки при делинквентном и патохарактерологическом типах девиантного поведения. *Спланированные девиации* обладают такими характеристиками, как регламентированность, заданность и строгая очерченность. Человек заранее готовится к их реализации, нередко испытывает «предстартовое волнение», радостное и одновременно беспокойное ожидание данного вида деятельности. К спланированным девиациям относятся, примеру, гемблинг и употребление алкоголя. При них можно отметить наличие подготовительного периода, во время которого девиант с вожделением ожидает возможности включиться в азартную игру или появления «группы единомышленников». В рамках групповых девиаций возможны различные степени их сплоченности вокруг отклоняющейся формы поведения. Сектантство подразумевает сплоченность и структурированность, а для группы филателистов, например, характерна малая организованность. Под *структурированной (организованной) девиацией* понимается групповая форма отклоняющегося поведения, в рамках которой четко расписаны роли всех ее участников. Для *неструктурированной (слабоорганизованной)* разновидности группового отклоняющегося поведения характерно отсутствие иерархических взаимоотношений, регламентации поступков.

Девиантные формы поведения по структуре могут быть также экспансивными и неэкспансивными, альтруистическими и эгоистическими. *Экспансивные девиации,* в отличие *от неэкспансивных,* характеризуются вторжением в сферу жизни и деятельности окружающих людей, зачастую склонностью игнорировать их интересы и даже посягать на их свободы (например, агрессивное или гиперобщительное поведение, сексуальные аномалии). При неэкспансивных девиациях индивид своим поведением формально может не задевать интересы окружающих (например, нарушения пищевого поведения и аутизм). Неэкспансивные девиации отличаются саморазрушающим для личности девианта

характером, когда неадекватная и неэффективная деятельность приводит к личностной деградации или блокированию личностного роста.

Подавляющее большинство форм отклоняющегося поведения можно назвать эгоистически ориентированными. *Эгоистические девиации* отличаются нацеленностью на получение удовлетворения или личной выгоды. Злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами, сексуальные девиации и перверсии пропитаны желанием и стремлением индивида получить новые ощущения, «ублажить себя», испытать радость. *Альтруистические девиации,* напротив, направлены на интересы других людей, нередко сочетаются со склонностью к самопожертвованию и самоуничижению. Альтруистические цели может преследовать суицидальное поведение, если человек кончает жизнь самоубийством ради близких, божества, которому поклоняется, или «ради всего человечества».

По параметру осознаваемости и критичности можно выделить осознаваемые и неосознаваемые девиации. *Осознаваемые девиации* представляют собой отклоняющиеся формы поведения, которые человек осознает как отклоняющиеся от нормы и по отношению к которым он может испытывать негативные эмоции и желание их исправить. Критичность чаще имеет волнообразный характер. *Неосознаваемые девиации,* как правило, встречаются в рамках психопатологического типа девиантного поведения на базе психических расстройств. Они характеризуются полной спаенностыо отклоняющейся формы поведения с личностью девианта, убежденностью в том, что его поведение адекватно поступкам и отношению к нему окружающих, а также отсутствием стремления изменить что-либо в своем поведении.

Используя «теорию ярлыков» Г. Беккера, предлагается выделять две разновидности девиаций, различающихся механизмами формирования (McCaghy): первичные и вторичные. *Первичные девиации* представляют собой любые формы ненормативного поведения. *Вторичные девиации* возникают в результате вольного или невольного следования девианта за «приклеенным» ему обществом «ярлыком», стремления оправдать ожидания, подтвердить справедливость суждений в отношении его отклоняющегося поведения.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ИНДИВИДА С РЕАЛЬНОСТЬЮ

Основой оценки девиантного поведения человека является анализ его взаимодействий с реальностью, поскольку главенствующий принцип нормы — адаптивность — исходит из приспособления (адаптивности) по отношению к чему-то и кому-то, то есть реальному окружению индивида. Взаимодействия индивида и реальности можно представить шестью способами (рис. 10).

При *противодействии реальности* индивид активно пытается разрушать ненавистную ему действительность, изменять ее в соответствии с собственными установками и ценностями. Он убежден, что все проблемы, с которы-

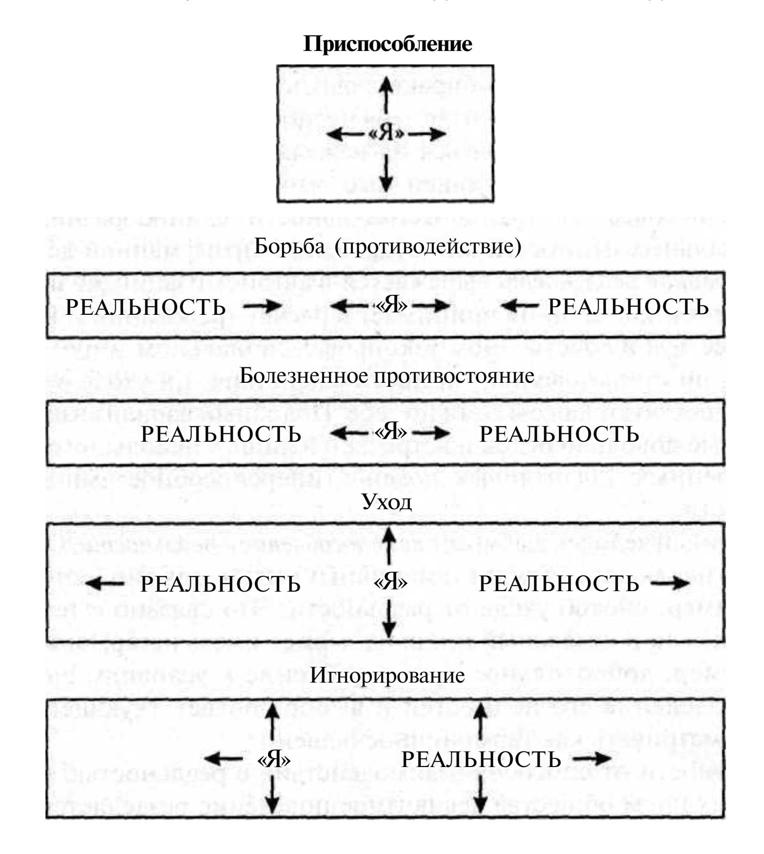


Рис. 10. Взаимодействие индивида с реальностью

ми он сталкивается, обусловлены факторами действительности, и единственным способом достижения целей является борьба с действительностью, попытка переделать реальность под себя или максимально извлечь выгоду из нарушающего нормы общества поведения. При этом ответом со стороны действительности по отношению к такому индивиду становится также противодействие, изгнание или попытка изменить индивида, подстроить его под требования реальности. Противостояние реальности встречается при криминальном и делинквентном поведении.

Болезненное противостояние реальности обусловлено признаками психической патологии и психопатологическими расстройствами, при которых окружающий мир воспринимается враждебным в связи с субъективным искажением его восприятия и понимания. Симптомы психического заболевания исключают возможность адекватно оценить мотивы поступков окружающих, и вследствие этого эффективное взаимодействие с окружением становится затруднительным. Если при противостоянии реальности здоровый человек осознанно выбирает путь борьбы с действительностью, то при болезненном противостоянии у психически больного человека данный способ взаимодействия является единственным и вынужденным.

Способ взаимодействия с действительностью в виде *ухода от реальности* осознанно или неосознанно выбирают люди, которые расценивают реальность негативно и оппозиционно, считая себя неспособными адаптироваться к ней. Они могут также ориентироваться на нежелание приспосабливаться к действительности, «не заслуживающей того, чтобы к ней приспосабливались», по причине несовершенства, консервативности, единообразия, подавления экзистенциальных ценностей или откровенно антигуманной деятельности.

Игнорирование реальности выражается в автономизации жизни и деятельности человека, когда он не принимает в расчет требования и нормы реальности, существуя в собственном узкопрофессиональном мире. При этом не происходит ни столкновения, ни противодействия, ни ухода от реальности. Стороны существуют как бы сами по себе. Подобный вариант взаимодействия с реальностью довольно редок и встречается лишь у небольшого числа повышенно одаренных, талантливых людей с гиперспособностями в какой-либо одной области.

Гармоничный человек выбирает *приспособление к реальности*. Однако нельзя однозначно исключать из ряда гармоничных индивидов лиц, которые используют, например, способ ухода от реальности. Это связано с тем, что реальность, так же как и отдельный индивид, может иметь негармоничный характер. Например, добровольное приспособление к условиям авторитарного режима, разделение его ценностей и выбор соответствующего поведения нельзя рассматривать как гармоничное решение.

В зависимости от способов взаимодействия с реальностью и нарушения тех или иных норм общества девиантное поведение разделяется на пять типов (рис. 11).



Рис. 11. Типы девиантного поведения

Девиантным поведением считается любое по степени выраженности, направленности или мотивам поведение, отклоняющееся от критериев той или иной общественной нормы. При этом критерии обусловливаются нормами следования правовым указаниям и регламентациям (нормы законопослушания), моральным и нравственно-этическим предписаниям (т. н. общечеловеческим ценностям), этикету и стилю. Некоторые из данных норм имеют абсолютные и однозначные критерии, зафиксированные в законах и указах, другие — относительные, которые передаются из уст в уста, транслируются в виде традиций, верований или семейных, профессиональных и общественных регламентации.

ДЕЛИНКВЕНТНЫЙ ТИП ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Разновидность преступного (криминального) поведения человека представляет собой делинквентное поведение — отклоняющееся поведение, в крайних своих проявлениях представляющее уголовно наказуемое деяние. Отличия делинквентного от криминального поведения коренятся в тяжести правонарушений, выраженности антиобщественного их характера. Правонарушения делятся на преступления и *проступки*. Суть проступка заключается не только в том, что он не представляет существенной общественной опасности, но и в том, что отличается от преступления мотивами совершения противоправного действия.

К. К. Платонов выделил несколько типов личности преступников, которые характеризуются рядом параметров: 1) соответствующими взглядами и привычками, внутренней тягой к повторным преступлениям; 2) неустойчивостью внутреннего мира, склонностью совершать преступление под влиянием сложившихся обстоятельств или окружающих лиц; 3) высоким уровнем правосознания, но пассивным отношением к другим нарушителям правовых норм; 4) не только высоким уровнем правосознания, но и активным противодействием или попытками противодействия при нарушении правовых норм; 5) возможностью только случайного преступления. К группе лиц с делинквентным поведением относят представителей второй, третьей и пятой групп. У них в рамках волевого сознательного действия в силу индивидуально-психологических особенностей *нарушается или блокируется процесс предвосхищения будущего* результата деликта (проступка). Такие индивиды легкомысленно, часто под влиянием внешней провокации, совершают противоправное деяние, не представляя его последствий. Сила побудительного мотива к определенному действию тормозит анализ отрицательных (в том числе и для самого человека) его последствий. Нередко делинквентные действия опосредуются ситуационно-импульсными или аффектогенными мотивами. В основе ситуационно-импульсных преступных действий лежит тенденция к разрешению внутреннего конфликта, под которым понимается наличие неудовлетворенной потребности (С. А. Арсентьев). Реализуются ситуационно-импульсные мотивы, как правило, без этапа предварительного планирования и выбора адекватных объектов, целей, способов и программы действия для удовлетворения актуальной потребности.

Делинквентное поведение может проявляться, например, в озорстве и желании развлечься. Подросток из любопытства и «за компанию» может бросать с балкона тяжелые предметы (или еду) в прохожих, получая удовлетворение от точности попадания в «жертву». Из озорства человек может позвонить в диспетчерскую аэропорта и предупредить о якобы заложенной в самолете бомбе. С целью привлечения внимания к собственной персоне («на спор») молодой человек может попытаться залезть на телевизионную башню или украсть у учителя из сумки записную книжку.

Различие делинквентного и криминального поведения коренится не в возрасте, с которого наступает уголовная ответственность (деликты могут совершать и взрослые, и даже пожилые люди), а в степени осознания индивидом своих противоправных поступков и действий, их социальной значимости и вредоносных последствий для окружающих. Используя образное выражение Е. Анчел, кделинквентному поведению можно отнести «преступные действия, намерения которых были невинными». Основой делинквентного поведения взрослого и пожилого человека является психический инфантилизм с комплексом характерных признаков: неумением разводить идеальные и реальные цели, не соответствующей возрасту наивностью и прямодушием, детской восторженностью, эгоцентризмом, формально-обязательным выполнением долга и подчиняемостью, нежеланием и неумением прогнозировать возможные будущие нежелательные события (антиципационной несостоятельностью), повышенной обидчивостью, потребностью в утешении и опеке, склонностью к резким колебаниям настроения и выраженным аффективным реакциям.

АДДИКТИВНЫЙ ТИП ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Аддиктивное поведение — это один из типов девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития и поддержания интенсивных эмоций (Ц. П. Короленко, Т. А. Донских).

Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение не удовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удается обнаружить в реальности какие-либо сферы деятельности, способные надолго привлечь его внимание, обрадовать или вызвать иную выраженную эмоциональную реакцию. Жизнь видится ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразности. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости что-либо делать, заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность имеет избирательный характер — в тех областях жизни, которые пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации (бесчувственности), он может проявлять недюжинную активность для достижения цели.

Выделяются следующие психологические особенности лиц с аддиктивными формами поведения (Б. Сегал):

1) сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций;
2) скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
3) внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
4) стремление говорить неправду;
5) стремление обвинять других, зная, что они невиновны;
6) стремление уходить от ответственности в принятии решений;
7) стереотипность, повторяемость поведения;
8) зависимость;
9) тревожность.

Основной, в соответствии с имеющимися критериями, особенностью индивида со склонностью к аддиктивным формам поведения является рассогласование психологической устойчивости в случаях обыденных отношений и кризисов. В норме, как правило, психически здоровые люди легко («автоматически») приспосабливаются к требованиям обыденной (бытовой) жизни и тяжелее переносят кризисные ситуации. Они, в отличие от лиц с разнообразными аддикциями, стараются избегать кризисов и волнующих нетрадиционных событий.

Классическим антиподом аддиктивной личности выступает *обыватель* — человек, живущий, как правило, интересами семьи, родственников, близких людей и хорошо приспособленный к такой жизни. Именно обыватель вырабатывает устои и традиции, становящиеся общественно поощряемыми нормами. Он консервативен по своей сути, не склонен что-либо менять в окружающем мире, довольствуется тем, что имеет («маленькими радостями жизни»), старается исключить риск до минимума и гордится своим «правильным образом жизни». В отличие от него, аддиктивной личности, напротив, претит традиционная жизнь с ее устоями, размеренностью и прогнозируемостью, когда «еще при рождении знаешь, что и как произойдет с данным человеком». Предсказуемость, заданность собственной судьбы становится раздражающим моментом для аддиктивной личности. Кризисные же ситуации с их непредсказуемостью, риском и выраженными аффектами оказываются для них той почвой, на которой они обретают уверенность в себе, самоуважение и чувство превосходства над другими. У аддиктивной личности отмечается *феномен «жажды острых ощущений»* (В.А. Петровский), характеризующийся побуждением к риску, обусловленным опытом преодоления опасности.

По мнению Э. Берна, у человека есть шесть видов голода:
1) голод по сенсорной стимуляции;
2) голод по признанию;
3) голод по контакту и физическому поглаживанию;
4) сексуальный голод;
5) структурный голод, или голод по структурированию времени;
6) голод по инцидентам.

В рамках аддиктивного типа поведения каждый из перечисленных видов голода обостряется. Человек не находит удовлетворения чувства «голода» в реальной жизни и стремится снять дискомфорт и неудовлетворенность действительностью стимуляцией тех или иных видов деятельности. Он пытается достичь повышенного уровня сенсорной стимуляции (отдает приоритет интенсивным воздействиям, громкому звуку, резким запахам, ярким изображениям), признания неординарности поступков (в том числе сексуальных), заполненности времени событиями.

Вместе с тем объективно и субъективно *плохая переносимость трудностей повседневной жизни,* постоянные упреки в неприспособленности и отсутствии жизнелюбия со стороны близких и окружающих формируют у аддиктивных личностей *скрытый «комплекс неполноценности».* Они страдают от того, что отличаются от других, от того, что не способны «жить как люди». Однако такой временно возникающий «комплекс неполноценности» оборачивается гиперкомпенсаторной реакцией. От заниженной самооценки, внушаемой окружающими, индивиды переходят сразу к завышенной, минуя адекватную. Появление чувства превосходства над окружающими выполняет защитную психологическую функцию, способствуя поддержанию самоуважения в неблагоприятных микросоциальных условиях — условиях конфронтации личности с семьей или коллективом. Чувство превосходства зиждется на сравнении «серого обывательского болота», в котором находятся все окружающие, и «настоящей свободной от обязательств жизни» аддиктивного человека.

Учитывая тот факт, что давление на таких людей со стороны социума оказывается достаточно интенсивным, аддиктивным личностям приходится подстраиваться под нормы общества, играть роль «своего среди чужих». Вследствие этого он научается формально исполнять те социальные роли, которые ему навязываются обществом (примерного сына, учтивого собеседника, добропорядочного коллеги). *Внешняя социабельность,* легкость налаживания контактов сопровождается манипулятивным поведением и поверхностностью эмоциональных связей. Такой человек *страшится стойких и длительных эмоциональных контактов* вследствие быстрой потери интереса к одному и тому же человеку или виду деятельности и опасения приписывания ответственности за какое-либо дело. Мотивом поведения «закоренелого холостяка» (категорического отказа связать себя узами брака и иметь потомство) в случае преобладания аддиктивных форм поведения может быть *страх ответственности* за возможную супругу и детей и зависимости от них.

Стремление говорить неправду, обманывать окружающих, а также обвинять других в собственных ошибках и промахах вытекают из структуры аддиктивной личности, которая пытается скрыть от окружающих собственный «комплекс неполноценности», обусловленный неумением жить в соответствии с устоями и общепринятыми нормами.

Базисной характеристикой аддиктивной личности является **зависимость.** Выделяют перечисленные ниже признаки, пяти из которых достаточно для диагностики клинической зависимости у обследуемого:

1) неспособность принимать решения без советов других людей;
2) готовность позволять другим принимать важные для него решения;
3) готовность соглашаться с другими из страха быть отвергнутым, даже при осознании, что они не правы;
4) затруднения, когда нужно начать какое-то дело самостоятельно;
5) готовность добровольно идти на выполнение унизительных или неприятных работ с целью приобрести поддержку и любовь окружающих;
6) плохая переносимость одиночества — готовность предпринимать значительные усилия, чтобы его избежать;
7) ощущение опустошенности или беспомощности, когда обрывается близкая связь;
8) охваченность страхом быть отвергнутым;
9) легкая ранимость при малейшей критике или неодобрении со стороны.

Наряду с зависимостью, основным в поведении аддиктивной личности является стремление к уходу от реальности, страх перед обыденной, наполненной обязательствами и регламентациями «скучной» жизнью, склонность к поиску запредельных эмоциональных переживаний даже ценой серьезного риска и неспособность быть ответственным за что-либо.

Уход от реальности совершается при аддиктивном поведении в виде своеобразного «бегства», когда взамен гармоничному взаимодействию со всеми аспектами действительности происходит активация в каком-либо одном направлении. При этом человек сосредоточивается на узконаправленной сфере деятельности (часто негармоничной и разрушающей личность), игнорируя все остальные. В соответствии с концепцией Н. Пезешкиана, существует четыре вида **«бегства» от реальности:** *«бегство в тело»*, *«бегство в работу»*, *«бегство в контакты или одиночество»* и *«бегство в фантазии»* (рис. 12).

При выборе ухода от реальности в виде *«бегства в тело»* происходит замещение традиционной жизнедеятельности, направленной на семью, служеб-

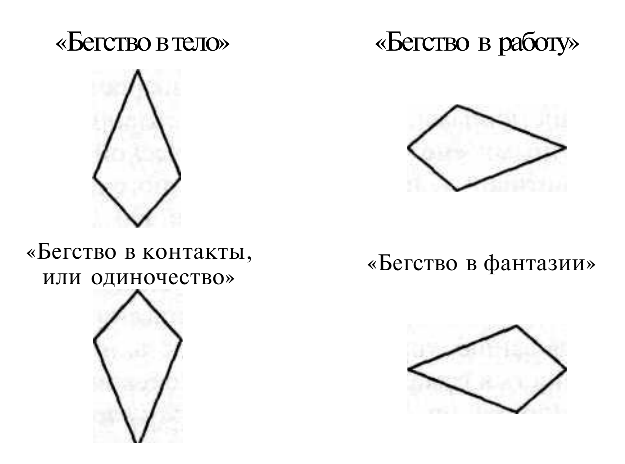


Рис. 12. Виды «бегства от реальности»

ный рост или хобби, изменением иерархии ценностей обыденной жизни, переориентацией на деятельность, нацеленную лишь на собственное физическое или психическое усовершенствование. При этом гиперкомпенсаторным становится увлечение оздоровительными мероприятиями (т. н. «паранойя здоровья»), сексуальными взаимодействиями (т. н. «поиск и ловля оргазма»), улучшением собственной внешности, качества отдыха и способами расслабления. *«Бегство в работу»* характеризуется дисгармоничной фиксацией на служебных делах, которым человек начинает уделять непомерное в сравнении с другими областями жизни время, становясь трудоголиком. Изменение ценности коммуникации формируется в случае выбора поведения в виде *«бегства в контакты или одиночество»,* при котором либо общение становится единственно желанным способом удовлетворения потребностей, замещая все иные, либо количество контактов сводится к минимуму. Склонность к размышлениям, прожектам при отсутствии желания что-либо воплотить в жизнь, совершить какое-нибудь действие, проявить какую-нибудь реальную активность называется *«бегством в фантазии».* В рамках подобного ухода от действительности появляется интерес к псевдофилософским исканиям, религиозному фанатизму, жизни в мире иллюзий и фантазий. Более подробно об отдельных формах ухода от реальности будет рассказано ниже.

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ТИП ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Под патохарактерологическим типом девиантного поведения понимается поведение, обусловленное патологическими изменениями характера, сформировавшимися в процессе воспитания. К ним относятся т. н. *расстройства личности (психопатии) и явные или выраженные акцентуации характера.* Дисгармоничность черт характера приводит к тому, что изменяется вся структура психической деятельности человека. В выборе своих поступков он часто руководствуется не реалистичными и адекватно обусловленными мотивами, а существенно измененными «мотивами психопатической самоактуализации». Сущность данных мотивов — ликвидация личностного диссонанса, в частности рассогласования идеального «Я» и самооценки. Поданным Л. М. Балабановой, при *эмоционально-неустойчивом расстройстве личности (возбудимой психопатии)* наиболее частым мотивом поведения оказывается стремление к реализации неадекватно завышенного уровня притязаний, тенденция к доминированию и властвованию, упрямство, обидчивость, нетерпимость к противодействию, склонность к самовзвинчиванию и поискам поводов для разрядки аффективного напряжения. Улиц с *истерическим расстройством личности (истерической психопатией)* мотивами девиантного поведения выступают, как правило, такие качества, как эгоцентризм, жажда признания, завышенная са-

мооценка. Переоценка своих реальных возможностей ведет ктому, что ставятся задачи, соответствующие иллюзорной самооценке, совпадающей с идеальным «Я», но превышающие возможности личности. Важнейшим мотивационным механизмом является стремление к манипулированию окружающими и контролю над ними. Окружение рассматривается лишь как орудие, которое должно служить удовлетворению потребностей данного человека. У индивидов с *ананкастнымиитревожными(уклоняющимися)личностнымирасстройствами(психастенической психопатией)* патологическая самоактуализация выражается в сохранении ими привычного стереотипа действий, в уходе от перенапряжений и стрессов, нежелательных контактов, в сохранении личностной независимости. При столкновении таких людей с окружающими, с непосильными задачами в силу ранимости, мягкости, низкой толерантности к стрессу они не получают положительного подкрепления, чувствуют себя обиженными, преследуемыми.

К патохарактерологическим девиациям относят также *невротические расстройства и развития личности* — патологические формы поведения и реагирования, сформированные в процессе неврозогенеза на базе невротических симптомов и синдромов. В большей степени они представлены обсессивными симптомами в рамках обсессивного развития (по Н. Д. Лакосиной). Девиации реализуются в виде невротических навязчивостей и ритуалов, которые пронизывают всю жизнедеятельность человека. В зависимости от их клинических проявлений человек может выбирать способы болезненного противостояния реальности. Например, человек с навязчивыми ритуалами может подолгу и в ущерб своим планам совершать стереотипные действия (открывать и закрывать двери, определенное количество раз пропускать подходящий к остановке троллейбус), цель которых — снятие состояния эмоционального напряжения и тревоги.

К сходному параболезненному патохарактерологическому состоянию относят *поведение, основанное на символизме и суеверных ритуалах.* В подобных случаях поступки человека зависят от его мифологического и мистического восприятия действительности. Выбор действий строится на основе символического истолкования внешних событий. Человек, например, может отказаться от совершения какой-либо поступка (жениться, сдать экзамен и даже выйти на улицу) в связи с «неподходящим расположением небесных светил» или иными псевдонаучными трактовками действительности и суевериями.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙТИП ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Психопатологический тип девиантного поведения основывается на психопатологических симптомах и синдромах — проявлениях тех или иных психических расстройств и заболеваний. Как правило, мотивы поведения пси-

хически больного остаются непонятными до тех пор, пока не будут обнаружены основные признаки психических расстройств. Отклоняющееся поведение может иметь место в силу нарушений восприятия — галлюцинаций или иллюзий (например, пациент затыкает уши или к чему-то прислушивается, ищет несуществующий объект, разговаривает сам с собой), нарушений мышления (высказывает, отстаивает и пытается добиваться поставленных целей на основе бредового истолкования действительности, активно ограничивает сферы общения с окружающим миром в силу навязчивых идей и страхов), нарушений волевой активности (совершает нелепые и понятные поступки или месяцами бездействует, делает стереотипные вычурные движения или надолго застывает в однообразной позе).

Разновидность патохарактерологического, психопатологического и аддиктивного типов девиантного поведения — *саморазрушающее (аутодеструктивное) поведение*. Суть его заключается в том, что система поступков человека направлена не на развитие и личностный рост и не на гармоничное взаимодействие с реальностью, а на деструкцию личности. Агрессия направляется на себя (аутоагрессия), внутрь самого человека, тогда как действительность рассматривается как что-то оппозиционное, не дающее возможности полноценной жизни и удовлетворения насущных потребностей. Аутодеструкция проявляется в виде суицидального поведения, наркотизации и алкоголизации и некоторых других разновидностей девиаций. Мотивами к саморазрушающему поведению становятся аддикции и неспособность справляться с обыденной жизнью, патологические изменения характера, а также психопатологические симптомы и синдромы.

ТИП ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ОСНОВАННЫЙ НА ГИПЕРСПОСОБНОСТЯХ

Особым типом отклоняющегося поведения считают девиации, обусловленные гиперспособностями человека (К. К. Платонов). Как выходящие за рамки обычного, нормального рассматривают способности, которые значительно превышают среднестатистические. В подобных случаях говорят о проявлениях одаренности, таланта, гениальности в какой-либо из сфер деятельности. Отклонение в сторону одаренности в одной области часто сопровождается девиациями в обыденной жизни. Такой человек оказывается нередко неприспособленным к «бытовой, приземленной» жизни. Он не способен правильно понимать и оценивать поступки и поведение других людей, оказывается наивным, зависимым и неподготовленным к трудностям повседневной жизни. Если при делинквентном поведении наблюдается противоборство с реальностью, при аддиктивном — уход от реальности, при патохарактерологическом и психопатологическом — болезненное противостояние, то при поведении,

связанном с гиперспособностями, — *игнорирование реальности.* Человек существует в реальности («здесь и теперь») и одновременно как бы живет в собственной реальности, не размышляя о необходимости «объективной реальности», в которой действуют окружающие люди. Он расценивает обычный мир как что-то малозначимое, несущественное и поэтому не принимает никакого участия во взаимодействии с ним, не вырабатывает стиля эмоционального отношения к поступкам и поведению окружающих, принимает любое происходящее событие отрешенно. Вынужденные контакты воспринимаются человеком с гиперспособностями как необязательные, временные и не воспринимаются как значимые для его личностного развития. Внешне в обыденной жизни поступки такого человека могут иметь оттенок чудаковатости. Например, он может не знать, как пользуются бытовыми приборами, как совершаются обыденные действия. Весь интерес сосредоточен у него на деятельности, связанной с его неординарными способностями (музыкальными, математическими, художественными и иными).

Девиантное (отклоняющееся) поведение имеет следующие *клинические формы:*

- агрессия;
- аутоагрессия (суицидальное поведение);
- злоупотребление веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности (алкоголизация, наркотизация, табакокурение и др.);
- нарушения пищевого поведения (переедание, голодание);
- аномалии сексуального поведения (девиации, перверсии, отклонения психосексуального развития);
- сверхценные психологические увлечения (трудоголизм, гемблинг, коллекционирование, «паранойя здоровья», фанатизм — религиозный, спортивный, музыкальный и пр.);
- сверхценные психопатологические увлечения («философическая интоксикация», сутяжничество и кверулянство, разновидности маний — клептомания, дромомания и др.);
- характерологические и патохарактерологические реакции (эмансипации, группирования, оппозиции и др.);
- коммуникативные девиации (аутизация, гиперобщительность, конформизм, псевдология, ревность, фобическое и нарциссическое поведение, нигилизм, крусадерство, «вегетативность» и др.);
- безнравственное и аморальное поведение;
- неэстетичное поведение, или девиации стиля поведения.

Каждая из клинических форм может быть обусловлена любым типом девиантного поведения, а иногда мотивом выбора той или иной формы служит несколько разновидностей отклоняющегося поведения одновременно. Так, например, алкоголизация может быть связана с аддикциями (уходом от реальности); с патологией характера, при которой употребление и злоупотребление спиртными напитками выступает в роли своеобразной терапевтичес-

Таблица 6

Частота представленности клинических форм девиантного поведения при различных его типах

Формы девиантного поведения	Делинк-вентный	Аддиктив-ный	Патохарак-терологи-ческий	Психо-патологи-ческий	На базе гиперспо-собностей
Агрессия	***		****	**	
Аутоагрессия		*	****		
Злоупотребление веществами			#**	**	
Нарушения пищевого поведения			***		
Аномалии сексуального поведения	*	**	****	***	*
Сверхценные психологические увлечения		**	***		***
Сверхценные психопатологические увлечения			***		
Характерологические реакции	*	*	****		•
Коммуникативные девиации	*	**	***	***	*
Безнравственное и аморальное поведение	****	*	*		
Неэститичное поведение	*		***	**	**

Обозначения: **** — данная форма *всегда или почти всегда* обусловлена данным типом девиантного поведения, *** — *часто,* ** — *иногда,* * —*редко.*

кой компенсации и снятия внутриличностного конфликта; с психопатологическими проявлениями (маниакальным синдромом) или с сознательным доведением себя до определенного психического состояния с целью совершения делинквентных поступков. Частота представленности вышеперечисленных форм девиантного поведения при различных типах показана в табл. 6.

Ниже будут приведены клинические формы девиантного поведения с конкретизацией психологических и психопатологических механизмов их формирования.

АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Агрессией называется физическое или вербальное поведение, направленное на причинение вреда кому-либо. Агрессия может проявляться в прямой форме, когда человек с агрессивным поведением не склонен скрывать это от окружающих. Он непосредственно и открыто вступает в конфронтацию с кем-либо из окружения, высказывает в его сторону угрозы или совершает агрес-

сивные действия. В косвенной форме агрессия скрывается под неприязнью, ехидством, сарказмом или иронией и таким образом оказывает давление на жертву.

Существуют следующие виды агрессивных действий (Басе, Дарки):

1) физическая агрессия (нападение);
2) косвенная агрессия (злобные сплетни, шутки, взрывы ярости, выражающиеся в крике, топаний ногами и т. д.);
3) склонность к раздражению (готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении);
4) негативизм (оппозиционная манера поведения от пассивного сопротивления до активной борьбы);
5) обида (зависть и ненависть к окружающим за их действительные или вымышленные поступки);
6) подозрительность в диапазоне от недоверия и осторожности до убеждения, что все другие люди приносят вред или планируют его;
7) вербальная агрессия (выражение негативных чувств как через форму — ссора, крик, визг, так и через содержание словесных ответов — угроза, проклятия, ругань).

Различные виды агрессивных действий могут быть обусловлены различными факторами и входить в структуру разных типов девиантного поведения. Наиболее яркий вид — физическая агрессия в виде нападения на жертву — как правило, отражает криминальное поведение, хотя может встречаться и приделинквентном типе отклоняющегося поведения. Агрессивность психически больных и лиц с психической патологией в виде психопатологического и патохарактерологического типов отклоняющегося поведения отличается лишь особенностями мотивации и симптоматикой заболеваний. Криминогенное же значение психических аномалий заключается в том, что они при главенствующей роли социально приобретенных особенностей личности, взаимодействуя с ними, облегчают совершение преступления, выступая не причиной, а внутренним условием (Ю. М. Антонян, С. В. Бородин).

Условно можно говорить о *конструктивной и неконструктивной формах* агрессии (в терминологии Э. Фромма — доброкачественной и злокачественной). Различие перечисленных форм заключается в намерениях, предшествующих проявлению агрессивности. При конструктивной агрессии злой, преступный умысел нанести кому-либо из окружающих вред отсутствует, тогда как при неконструктивной он выступает как основание для выбора именно данного способа взаимодействия с людьми.

Конструктивная форма агрессии может быть названа также *псевдоагрессией.* Э. Фромм описывает в рамках псевдоагрессивного поведения *непреднамеренную, игровую, оборонительную, инструментальную агрессии, агрессию как самоутверждение.* Непреднамеренная агрессия может быть признаком психопатологического типа девиантного поведения, в частности при олигофрении или иных синдромах, сопровождающихся снижением интеллекта. Суть ее заключается в нарушении способности больного олигофренией (с умствен-

ной отсталостью) или деменцией правильно оценивать действия окружающих и собственные реакции, в неумении просчитать и спланировать последствия собственных действий. Вследствие этого, например, дружеское рукопожатие может закончиться переломом костей кисти руки, а душевные объятия — болезненным удушением. Признаки инфантилизма и интеллектуальной недостаточности способны привести к тяжелым последствиям и в рамках игровой агрессии, когда человек как бы «заигрывается» в пылу эмоциональной вовлеченности и не соизмеряет силу и выраженность движений в отношении партнера по игре или совместной деятельности. Агрессивность как удовлетворение потребности в самоутверждении и самоуважении, как правило, встречается при патохарактерологическом типе девиантного поведения. Она является неотъемлемой составной частью эмоционально неустойчивого и истерического расстройств личности, при которых вспышки гнева, раздражения и физической агрессии часто не имеют преднамеренного злого умысла, а формируются как ответные реакции по механизмам «короткого замыкания» или «смещенного аффекта».

Преимущественно т. н. конструктивная агрессивность встречается при таких психопатологических синдромах, как *астенический (церебростенический, неврастенический)* и *истерический*. В рамках астенического и истерического симптомокомплексов агрессивность проявляется раздражительностью, обидчивостью, вспышками гнева, а также вербальной агрессией. Особенно часто вербальная агрессия и раздражительность встречаются при истерическом синдроме в рамках истерического расстройства личности. Человек с подобными расстройствами эмоционально негативно реагирует на попытки окружающих уличить его во лжи, притворстве, сорвать «истерическую маску», привлечь к ответственности за собственные поступки, то есть на ситуации, в которых происходит блокада удовлетворения основной потребности истерика — быть в центре внимания и оказываться значимым для окружающих. Действия, которые приводят к невозможности индивида с истерическими чертами характера оказываться «заметным», «быть на виду», «управлять вниманием окружающих», способствуют бурным аффективным реакциям с элементами агрессии. Особенно красочными представляются вербальные проявления агрессивности истерика. В силу хорошо развитой способности говорить он склонен в условиях конфликта демонстрировать виртуозные речевые способности, использовать красочные сравнения с негативными литературными образами или поведением животных, облекать это в форму ненормативной лексики и использовать угрозы и шантаж, прибегать к сверхобобщениям и крайним степеням оскорблений. Как правило, агрессия при истерическом синдроме не выходит за рамки вербальной. Встречается лишь битье посуды, выбрасывание и уничтожение вещей, порча мебели, но не прямая агрессия с насилием.

Неконструктивная агрессивность — признак либо криминального, либо психопатологического поведения. В первом случае агрессивность человека опосредуется его осознаваемым деструктивным отношением к реальности и окружающим его людям, оппозиционной стратегией и тактикой взаимодей-

ствия с действительностью, которая расценивается враждебной. Во втором — она обусловлена психопатологическими симптомами и синдромами, чаще других затрагивающими сферу восприятия, мышления, сознания и воли.

Наиболее часто агрессивность значительной степени выраженности (иногда не поддающаяся волевой коррекции) входит в структуру таких психопатологических синдромов, как *эксплозивный, психоорганический, дементный, кататонический, гебефренический, параноидный (галлюцинаторно-параноидный), паранойяльный, парафренный, психического автоматизма, делириозный, сумеречного расстройства сознания* (см. тезаурус в приложении).

При эксплозивном и психоорганическом синдромах, встречающихся при эмоционально неустойчивом расстройстве личности, эпилептических изменениях личности или в отдаленном периоде органических поражений головного мозга (вследствие черепно-мозговых травм, атеросклероза, алкоголизма и др.), агрессия имеет, в отличие от агрессии при истерическом и астеническом симптомокомплексах, характер физический и нередко делинквентный. Пациент склонен агрессивно реагировать при малейшей оскорбительной для него ситуации, которые в действительности могут быть объективно безобидными. Он взрывчат, вспыхивает мгновенно по типу «короткого замыкания». Контроль за своими действиями утрачивается им вслед за бурными негативными эмоциями, которые нарушают процесс осмысленного понимания ситуации. Агрессия при психоорганическом синдроме имеет затяжной характер в силу ригидности аффекта и застревания на одних и тех же эмоциях. Типичными становятся злопамятность, мстительность, враждебность. Преступления, совершаемые больными эпилепсией с изменениями личности, оказываются самыми жестокими и кровавыми, особенно если у пациента имеется тенденция к сумеречному расстройству сознания. При этом агрессивные действия направляются против мнимых преследователей. Больной «замечает», что они готовят на него покушение, и пытается упредить их. Сумеречное расстройство сознания начинается и заканчивается остро. После него пациент может не помнить, что совершил агрессию против окружающих.

При деменции различного генеза (атеросклеротической, травматической, нейроинфекционной, атрофической и иной) пациент совершает агрессивные действия вследствие неправильного понимания поведения и высказываний окружающих. Нередко больной усматривает обидные слова, брошенные в его адрес, пристальный взгляд, действия, нацеленные на ущемление его прав. Часто пациент агрессивен, будучи убежденным, что близкие родственники или соседи специально выводят его из состояния душевного равновесия. Они как будто бы крадут или портят его вещи, продукты питания, специально создают шум, «плохую атмосферу», придираются по мелочам. Агрессивность часто сочетается с ворчливостью, брюзжанием, недовольством всем и вся, подозрительностью.

Агрессивность при кататоническом и гебефреническом синдромах, встречающихся, как правило, при шизофрении, имеет выраженный неконструктивный характер в силу того, что является немотивированной, непрогнозируемой, нецеленаправленной и разрушительной. Ее основой служит симптом

импульсивных действий — неожиданных для окружающих и самого человека эпизодов физической агрессии, сопровождающихся угрюмостью, неконтактностью, неконтролируемостью, настойчивостью и решительностью. Такой больной может внезапно ударить случайного прохожего, бросить камень, укусить рядом находящегося человека и вновь заняться своими делами. Отмечается неадекватность и неустойчивость аффекта: от угрюмости, молчаливости до дурашливости, неуместного гримасничанья и вычурного смеха. Нередким спутником агрессии при кататоническом и гебефреническом синдромах бывает негативизм. Он проявляется в активной и пассивной формах: пациент, с одной стороны, может активно отказывать от того, что предлагается со стороны окружающих; с другой — совершать поступки, о которых его не просят.

В рамках психопатологических синдромов, основное проявление которых — бредовые идеи (паранойяльный, параноидный, парафренный, синдром психического автоматизма), агрессивность обусловлена ложной интерпретацией действительности. При бредовых синдромах, характеризующихся ложной убежденностью больного в том, что его преследуют, за ним следят, им манипулируют, его обкрадывают, ему причиняют физический вред, агрессивные реакции имеют оборонительный и упреждающий оттенок. Известен феномен «преследования преследователей», когда пациент сам начинает готовить расправу с обидчиками, не дожидаясь их агрессивных действий. При парафренном синдроме, сопровождающемся бредом величия, агрессивность обусловлена непризнанием общественностью или конкретными людьми мнимых заслуг пациента. При синдроме психического автоматизма возможно возникновение его кинестетической формы, характеризующейся убежденностью больного в том, что его действиями управляют со стороны. Агрессия при этом рассматривается им как непреднамеренная, вынужденная мера, которой он не способен противостоять.

Синдромы расстроенного сознания (делириозный и сумеречного помрачения сознания) сопровождаются агрессивным поведением пациентов из-за того, что психические нарушения включают яркие зрительные галлюцинаторные образы, которые склонны к угрозам в адрес больного. Агрессия носит ответный и защитный характер.

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Аутоагрессивное поведение, в отличие от агрессивного, направлено на причинение вреда самому человеку, а не его окружению (хотя существует инфантильная разновидность аутоагрессии, сочетающейся с желанием подобным нетрадиционным образом оказать вредоносное воздействие на близкое окружение). Доминирующий вид аутоагрессии — физическая агрессия, хотя можно условно говорить и об аутоагрессии, например, в виде вербального самоуничижающего и самообвиняющего поведения, проявляющегося в преподнесе-

нии себя окружающим в невыгодном свете, самооскорблении и обзывании себя бранными словами, сравнении себя с «низменным, ничтожным, никчемным» существом.

Аутоагрессивное поведение проявляется в двух формах: *самоубийстве (суицидальном поведении)* и *самоповреждении (парасуицидальном поведении)*. Их различия заключены в конечной цели (смерти или членовредительстве) и вероятности ее достижения. Под суицидальным поведением понимается намеренное стремление человека к смерти. Оно может быть обусловлено формированием внутриличностного конфликта под воздействием внешних ситуационных факторов или в связи с возникновением психопатологических расстройств, вызывающих стремление к лишению себя жизни без реального воздействия внешних ситуационных факторов. Если при первом варианте побуждение к суициду чаще всего осознанно, осмысленно и произвольно, то при втором возможно нарушение осознания и понимания смысла собственных намерений и действий, а также утрата произвольности. Так, при синдроме психического автоматизма в рамках шизофрении суицидальное поведение может быть обусловлено ощущением воздействия неконтролируемой силы, толкающей человека на то или иное насильственное действие в отношении себя.

Различают (Э. Дюркгейм) три типа *суицидального поведения:* 1) «аномическое», связанное с кризисными ситуациями в жизни, личными трагедиями; 2) «альтруистическое», совершаемое ради блага других людей и 3) «эгоистическое», обусловленное конфликтом, формирующимся в связи с неприемлемостью для конкретного индивида социальных требований, норм поведения, навязываемых обществом человеку.

Аномическое суицидальное поведение наиболее часто встречается у психически здоровых людей как реакция личности на непреодолимые жизненные трудности и фрустрирующие события. Следует иметь в виду, что сам по себе суицидальный акт не может указывать на наличие или отсутствие у человека психических расстройств. Данный вид поведения следует рассматривать как способ психологического реагирования, избранный человеком в зависимости от ценности и значимости происшедшего события. Возможно *адекватное реагирование* в условиях тяжелого и сверхзначимого раздражителя — события, преодоление которого затрудненно или невозможно для личности в силу нравственных установок, некоторых физических проявлений, и *неадекватное реагирование,* при котором выбранная суицидальная реакция явно не соответствует стимулу.

В психологии девиантного поведения наиболее часты аномические суицидальные попытки лиц с хроническими соматическими заболеваниями, сопровождающимися выраженным болевым синдромом. Так, суициды преимущественно встречаются в онкологической клинике при диагностике рака. Они могут быть расценены и как адекватные, и как неадекватные в зависимости от ряда причин, несмотря на то что диагностирование злокачественного новообразования — тяжелая объективно значимая психическая травма. **Разграничение** проводится на основании критериев для распознавания гармония-

ного типа психического реагирования — трезвой оценки собственного состояния без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки собственного состояния, а также проявления активности при проведении терапевтических мероприятий, направленных на купирование симптоматики и восстановление соматического здоровья. Наиболее важна реалистичность оценки состояния собственного здоровья на основании медицинских критериев. Так, если две женщины совершают суицидальные попытки вслед за сообщением им в одном случае об обнаружении рака молочной железы 1—11 стадии, в другом — прямой кишки III—IV стадии, то можно утверждать, что их психические реакции имеют различный характер адекватности. Разная оценка адекватности суицидального поведения в приведенных случаях базируется на реалистичности прогноза: при раке молочной железы I-II стадии вероятность летального исхода значительно меньше по сравнению с раком прямой кишки III—IV стадии. Следовательно, в первом случае «уровень адекватности» ниже, чем во втором. Немаловажным оказывается и отношение к необходимости терапии, и активность участия пациента в реабилитационных мероприятиях. Как было продемонстрировано выше, на вероятности излечения при онкологических заболеваниях сказывается психологический настрой и активность в лечении, тогда как депрессия, пессимизм и отказ от необходимых медицинских мероприятий способны ускорить ухудшение состояния.

Аномический тип суицидального поведения возможен и в случаях, когда жизнь ставит перед человеком мировоззренческую или нравственную проблему выбора того или иного поступка, которую он не в силах разрешить, выбирая уход из жизни. Человек может быть поставлен в ситуацию выбора между совершением аморального поступка или действия, которое ему претит в силу эстетических приоритетов, и лишением себя жизни. Решение данной проблемы зависит от личностных качеств индивида, ситуации, а также его психического состояния в конкретный период времени.

*Альтруистическийтипсуицидальногоповедения*такжебазируетсяналичностной структуре индивида, когда благо людей, общества и государства ставится выше собственного блага и даже жизни. Данный тип встречается у людей, ориентированных на высокие идеи, живущих общественными интересами и не рассматривающих собственную жизнь в отрыве от окружающих людей и общества. Альтруистические суициды совершаются как психически здоровыми, осознающими реальный смысл происходящего, так и психически больными людьми, находящимися, например, в состоянии религиозного исступления или уходящими из жизни по бредовым мотивам «всеобщего блага».

Эгоистический тип суицидального поведения возникает как ответ на завышенные требования со стороны окружающих, предъявляемые к поведению индивида. Таким человеком реалистичные нормативы и принуждение к выбору соответствующего типа поведения начинают восприниматься как угроза самостоятельности и экзистенциальное™. Он принимает решение расстаться с жизнью по причине неуместности его существования в условиях давления и контроля со стороны как близких, так и общества в целом. Суицидальное поведение оказывается в данном случае не реакцией на критическое положе-

ние, а позицией по отношению к окружающему миру. Нередко оно встречается улиц с патологией характера (акцентуациями и расстройствами личности), испытывающих одиночество, отчужденность, непонимание и чувствующих свою невостребованность.

Возможны *индивидуальная, групповая и массовая формы* самоубийств. При индивидуальной существенная роль отводится индивидуально-психологическим особенностям человека и параметрам ситуации. В рамках групповых и массовых самоубийств доминирующим становится прессинг окружения и ситуации, в то время как индивидуальные свойства и качества человека отходят на второй план. Целенаправленное или нецеленаправленное давление со стороны окружающих на индивида способствует тому, что он выбирает суицидальное поведение по принципу подражания, соответствия требованиям референтной группы.

Выделяется довольно большое количество способов самоубийств:

- самоповешение;
- самоудавление;
- самоутопление;
- самоотравление;
- самосожжение;
- самоубийство с помощью колющих и режущих предметов;
- самоубийство с помощью огнестрельного оружия;
- самоубийство с помощью электрического тока;
- самоубийство с помощью использования движущегося транспорта или движущихся частей механизмов;
- самоубийство при падении с высоты;
- самоубийство с помощью прекращения приема пищи;
- самоубийство переохлаждением или перегревом.

Выбор способа самоубийства зависит от социальных, культурно-исторических, религиозных, эстетических, ситуационных моментов и индивидуально-психологических особенностей человека. Нередко традиции могли подвигнуть индивида к тем или иным приоритетам при выборе способа ухода из жизни: например, японский самурай мужественно делал себе харакири, влюбленные романтично бросались с моста, офицер стрелял в себя, ревнивец вешался. Культурологический и этнопсихологический аспекты находят отражение в факте неодинаковой распространенности аутоагрессивного суицидального поведения в различных регионах. Известно, что на протяжении более сотни лет первое место в мире по распространенности суицидов удерживает население Венгрии, в России — Удмуртии и Марий Эл. Роднят представителей данных регионов их финно-угорские корни. Именно данный факт позволяет трактовать выбор суицидального поведения как признак влияния этнокультурных особенностей.

Считается, что выбор способа суицида обусловливается в большей степени эстетическими представлениями. По мнению Л. 3. Трегубова и Ю. Р. Вагина, существует три основных эстетических параметра при выборе способа суицидальных действий:

1. При прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ самоубийства, который наиболее соответствует его понятиям о чести и красоте, приемлемости и допустимости в данной социальной среде.
2. При прочих равных условиях человек стремится выбрать тот способ, который, по его мнению, ведет к наименьшему обезображиванию тела.
3. При прочих равных условиях человек всегда считается с тем, какие эстетические переживания вызовет вид его тела у окружающих.

Наряду с эстетическими критериями при выборе способа аутоагрессии, нередко значимым является болезненность или безболезненность предполагаемого действия. Человек с парасуицидальными намерениями может стремиться избежать интенсивного болевого раздражителя, тогда как для индивида с истинным намерением покончить жизнь самоубийством характер боли может не быть существенным.

Часть лиц с аутоагрессивным поведением (чаще с психическими аномалиями) имеет тенденцию к ощущению боли и сопряженных с ней сильных эмоциональных переживаний, в то время как исход аутоагрессии для них не является значимым. Подобная специфика отмечается при аутоагрессивном поведении в рамках аддиктивного типа девиантного поведения. *Парасуицидальные попытки* совершаются, как правило, с целью вывода себя из состояния бесчувствия, безрадостности, безэмоциональности путем испытания острых аффективно-шоковых переживаний. Для этого используются какие-либо рискованные и опасные для жизни действия: удушение до степени появления первых признаков измененного состояния сознания; хождение над обрывом или по краю пропасти, балкона, подоконника, перилам моста; игра с заряженным боевыми и холостыми патронами пистолетом на «испытание судьбы»; прижигание или надрезание кожи и иные болевые воздействия; демонстрация окружающим решимости совершить суицидальный поступок с садомазохистскими стремлениями и получением удовлетворения при доведении окружающих до состояния исступления.

Сходное поведение обнаруживается и при патохарактерологическом типе девиантного поведения. Однако мотивы поведения принципиально разнятся: в рамках аддиктивного поведения мотивом оказывается феномен «жажды острых ощущений», при патохарактерологическом — эпатаж, конфронтация с окружающими. Лица с истерическими расстройствами личности чаще выбирают парасуицидальное демонстративное поведение, при котором с помощью шантажа и провокаций пытаются достичь желаемого результата. Если же они склоняются к истинному суициду, то совершают выбор, как правило, основываясь на эстетических критериях («как я буду выглядеть в гробу»), отдавая предпочтение следующим способам: самоотравлению, самоповешению, самоутоплению, самоубийству с помощью огнестрельного оружия или путем причинения себе тяжелых механических повреждений. Лица с возбудимыми чертами характера склонны совершать аутоагрессию под влиянием аффектогенной ситуации, не раздумывая над способом.

Особую группу аутоагрессивного поведения составляют психически больные, выбор поведения которых обусловлен психопатологическими особенностями имеющихся нарушений. Наиболее опасными с точки зрения суицидального и парасуицидального поведения считаются следующие психопатологические синдромы: *депрессивный, ипохондрический, дисморфоманический, вербального галлюциноза, паранойяльный* и *параноидный* (см. тезаурус в приложении). Суицидальные мысли, намерения и действия являются типичными для депрессивного синдрома как психотического, так и непсихотического уровня. Снижение настроения сопровождается занижением самооценки, возникновением идей о нежелании жить, невозможности справиться с «душевной болью» и проблемами. Пациент склонен к интрапунитивному реагированию, обвинению себя во всех бедах, самоуничижению и оскорблению себя. При тоскливом варианте депрессивного синдрома решение лишить себя жизни хорошо спланировано и выстрадано пациентом. При тревожно-депрессивном больной принимает решение на высоте тревоги, беспокойства и ажитации. Наиболее тяжелым вариантом депрессии считается депрессивно-ипохондрический (нигилистический) синдром Котара, при котором подавленное настроение сочетается с бредовыми идеями отрицания собственного тела или отдельных его органов и частей, с убеждением, что окружающий мир по вине больного погиб и исчез. Ипохондрический синдром с доминированием бредовых или сверхценных идей о наличии у человека неизлечимого заболевания часто приводит к формированию стремления уйти самостоятельно из жизни. При дисморфоманическом синдроме источником подобного решения становится ложная убежденность в наличии у человека уродств, заметных окружающим и осуждаемых ими. Пациент пытается покончить жизнь самоубийством, так как испытывает глубокие переживания из-за того, что окружающие люди якобы обращают на него внимание, посмеиваются, «не дают проходу», распространяют сплетни и он не может показываться в обществе. Галлюцинаторные (чаще вербальные) образы могут провоцировать аутоагрессивное поведение в силу двух причин: во-первых, вследствие того, что становятся «невыносимыми», поскольку не прекращаются ни на минуту в течение суток, недель, месяцев; во-вторых, из-за того, что «голоса» могут открыто и прямо приказать пациенту совершить самоубийство, обвинив его в каких-либо проступках.

Различия в аутоагрессии при разных типах девиантного поведения часто обнаруживается при мотивировке как выбора данного способа поведения, так и отказа от него. Известно, что у больных шизофренией, мышление которых характеризуется амбивалентностью, разорванностью и алогичностью, мотивы принятия решения оказываются специфичными. Так, одна пациентка собиралась покончить собой, утопившись, но непременно в Мертвом море. Другая предполагала уйти из жизни следующим образом: «Проглотить нитроглицерин, предварительно завернутый в полиэтиленовый пакет, а затем спрыгнуть с высотного здания, чтобы произошел взрыв и ничего не осталось». Третий больной, намереваясь умереть под колесами мчащегося поезда и ожидая его на железнодорожном полотне, передумал совершать самоубийство из-

за того, что на нем в этот момент оказался «только что купленный», новый костюм.

Специфичную группу составляют лица, совершающие аутоагрессивные групповые и массовые акты по религиозным соображениям. Их мотив растворяется в общегрупповом мотиве — принести себя в жертву, совершить самоубийство ради какой-то общей цели и высокой идеи. Подобное поведение наблюдается, как правило, при аддиктивном поведении в виде религиозного фанатизма и совершается под влиянием повышенной внушаемости людей, включенных в эмоционально значимые групповые и коллективные взаимодействия.

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ВЕЩЕСТВАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ СОСТОЯНИЯ ИЗМЕНЕННОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Девиантное поведение в виде употребления и злоупотребления веществами, вызывающими состояния измененной психической деятельности, психическую и физическую зависимость от них, — одно из самых распространенных. Сутью такого поведения становится значительное изменение иерархии ценностей человека, уход в иллюзорно-компенсаторную деятельность и существенная личностная деформация.

При применении опьяняющих веществ, которые изменяют восприятие мира и самооценку человека, происходит постепенное отклонение поведения в сторону формирования патологической зависимости от вещества, фетишизации его самого и процесса употребления, а также искажение связей человека с обществом.

По мнению Б. С. Братуся, опьяняющее вещество (алкоголь, наркотик, токсическое средство) отражает проекцию психологического ожидания, актуальных потребностей и мотивов на психофизиологический фон опьянения, создавая внутреннюю картину, которую человек приписывает действию вещества, что делает его психологически привлекательным. Мотивация употребления алкоголя и наркотических веществ имеет несколько форм (Ц. П. Короленко, Т. А. Донских).

Атарактическая мотивация заключается в стремлении применить какое-либо психоактивное вещество с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта. В данном случае вещество, вызывающее опьянение, используется как лекарственный препарат, снимающий негативные феномены и симптомы душевного неблагополучия. Среди симптомов, которые в первую очередь подталкивают человека к употреблению таких веществ, оказываются страх, тревога, депрессия и их разновидности. Повышенная эмоциональная насыщенность, негативный фон настроения способствуют вы-

бору в пользу наиболее легкого решения проблемы. Снятие симптомов происходит химическим путем. Возвращение обычного эмоционального состояния и чувства комфорта блокирует потребность дальнейшего использования веществ. Однако девиантное поведение может сформироваться при атарактической форме мотивации в силу частоты применения данного способа снятия эмоциональных проблем с переходом психологической зависимости в физическую.

Учитывая направленность атарактической мотивации на снятие эмоциональных переживаний, она является преобладающей при патохарактерологическом и психопатологическом типах девиантного поведения. Как правило, употребление различных опьяняющих и транквилизирующих веществ происходит при таких симптомах и синдромах, как *тревожный, обсессивно-фобический, депрессивный, дисфорический, астенический, психоорганический, ипохондрический* (см. тезаурус в приложении) и некоторые иные. Нередко употребление веществ направлено на купирование внутриличностного конфликта при т. н. психопатических синдромах (эксплозивном и эмоционально неустойчивом, истерическом, ананкастном). При иных типах девиантного поведения атарактическая мотивация встречается реже.

Гедонистическая мотивация выступает как бы продолжением и развитием атарактической, но разительно отличающейся от нее по качеству. Атарактическая приводит эмоциональное состояние в норму из сниженного, а гедонистическая способствует повышению нормального (несниженного) настроения. Гедоническая направленность проявляется в получении удовлетворения, испытания чувства радости от приема опьяняющих веществ (алкоголя, наркотиков) на фоне обычного ровного настроения (рис. 13).

Гедоническая направленность может встречаться при различных типах девиантного поведения: и при делинквентном, и при аддиктивном, и при патохарактерологическом, и при психопатологическом. Однако типичной она считается для аддиктивного поведения. Человек с аддиктивной направленностью поступков склонен искать в алкоголе или наркотиках способ ухода от реальности в иллюзорный мир, доставляющий ему наслаждение. При этом он выбирает из богатого арсенала наркотических веществ или алкогольных напитков лишь те, которые обладают *эйфоризирующим эффектом,* способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, любвеобильности, легкого достижения оргазма. Немаловажным становится поиск необычного (неземного) действия веществ,



Рис. 13. Направленность изменения настроения при различных видах мотивации употребления психоактивных веществ

резко превращающего «серое существование» в интересный, полный неожиданностей «полет в неизведанное». К веществам, используемым при аддиктивном типедевиантного поведения, относят такие, как*марихуана, опий, морфин, кодеин, кокаин, ЛСД, циклодол, эфир* и некоторые другие.

Наибольшие изменения психической деятельности, превышающие чисто эйфоризирующий эффект и сопровождающиеся иными психопатологическими расстройствами, наблюдаются при использовании ЛСД (лизергина, диэталамида лизергиновой кислоты), кодеина, марихуаны (гашиша) и кокаина. Отличительной особенностью действия ЛСД является присоединение к эйфоризируюшему *галлюциногенного эффекта,* при котором возникают необычайно яркие цветные зрительные галлюцинации (вспышки света, калейдоскопическая сменяемость образов, принимающая сценический характер), дезориентировка в пространстве и времени (время кажется остановившимся или стремительно летящим).

При курении или жевании марихуаны (анаши, гашиша) возникает безудержная болтливость, смех, наплыв фантазий, поток случайных ассоциаций. Резко изменяется восприятие внешнего мира. Он становится значительно ярче, красочнее. У человека в таком состоянии формируется грезоподобный синдром, при котором реальность смешивается с вымыслом. Иногда возникает ощущение невесомости, полета, парения в воздухе. Типичными и вызывающими веселье являются симптомы нарушения «схемы тела»: ощущения удлинения или укорочения конечностей, видоизменения всего тела. Нередко и окружающий мир меняется в размерах, цвете, плотности.

Мотивация с гиперактивацией поведения близка к гедонистической, но основывается не на эйфоризирующем, а на *активирующем эффекте* вещества. Часто эффекты действуют совместно, однако человеком нередко разделяются. При данной форме мотивации базисным становится потребность вывести себя из состояния пассивности, безразличия, апатии и бездействия с помощью веществ, провоцирующих необычную, запредельную живость реакции и активность. Особо важным становится стимуляция сексуальной активности и достижения «рекордных результатов» в интимной сфере. Таким образом, гиперактивация рассматривается чаще всего человеком как гиперсексуальность и возможность получить что-то необычное в сфере волюстических (сопровождающихся оргазмом) ощущений. Попытка достичь высшей степени «сексуального блаженства» с помощью гиперсексуальной активации сочетается с активностью к рискованной деятельности. Из наркотических веществ, обладающих активирующими свойствами, выделяются *марихуана, эфедрин и его производные,* сочетающие гиперактивацию и гиперсексуальность, **а** также *кодеин, никотин и кофеин,* вызывающие активность без гиперсексуальности. Мотивация с гиперактивностью и гиперсексуальностью, как правило, встречается при аддиктивном типедевиантного поведения. Пресытившись традиционными способами достижения оргазма, человек нацеливается на новые, более возбуждающие способы («ловля оргазма»), сопряженные с риском и употреблением наркотических веществ. Такие способы позволяют ему вывести себя (пусть на короткое время и ценой психических расстройств) из со-

стояния скуки и равнодушия. Нередко сексуальные партнеры принимают перед коитусом наркотические вещества для снятия однообразия в интимной жизни.

Субмиссивная мотивация применения веществ отражает неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими алкоголя или наркотических веществ. Неспособность противостоять давлению вытекает из характерологических или личностных особенностей человека. В одном случае это обусловлено ананкастными или зависимыми чертами характера (робостью, застенчивостью, конформностью, тревожностью, осторожностью в общении), при которых индивид старается избегать ситуаций осуждения (в частности, за нежелание «за компанию» употребить спиртные напитки). Страх оказаться вне коллектива, быть изгнанным из него за неконформное поведение, стать «белой вороной» является базой для субмиссивной мотивации употребления веществ, вызывающих изменение психического состояния.

Псевдокультурная мотивация основывается на мировоззренческих установках и эстетических пристрастиях личности. Человек рассматривает употребление алкоголя или наркотических веществ сквозь призму «изысканности вкуса», причастности к кругу избранных — знатоков. Поведение индивида носит характер причастности к традиции, «культуре». В большей степени при псевдокультурной мотивации важно не само употребление веществ, а демонстрация этого процесса окружающим. Встречается она при патохарактерологическом типе девиантного поведения, в частности в рамках истерических характерологических расстройств.

В случаях формирования психопатологического типа поведения при таких психических заболеваниях, как алкоголизм, наркомания и токсикомания, девиантное поведение становится полностью зависимым от феноменологических клинических особенностей и стадий болезни. Выделяют три механизма доминирования алкогольной и наркотической потребности и формирования зависимости с комплексом клинических симптомов и синдромов (Э. Е. Бехтель):

1. *Эволюционный механизм.* По мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта происходит рост потребности, которая из второстепенной, дополнительной (аддиктивной, патохарактерологической) становится вначале конкурирующей, а затем доминирующей.

2. *Деструктивный механизм.* Разрушение личностной структуры, вызванное какими-то психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменением ее ценностной ориентации. Значение прежде доминирующих потребностей при этом снижается. Второстепенная потребность в веществах, изменяющих психическое состояние, может неожиданно стать доминирующей, основным смыслообразующим мотивом деятельности.

3. *Механизм, связанный с изначальной аномалией личности.* Он отличен от деструктивного тем, что аномалия является длительно существовавшей, а не возникшей в силу психотравмирующего воздействия на личность. Выделяются три варианта аномалий: а) при аморфной личностной структуре со слабо выраженными иерархическими отношениями в системе потребностей и

мотивов любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей; б) при недостаточности внутреннего контроля неполная интернализация групповых норм не позволяет выработать внутренние формы контроля; в) при аномалии микросреды искаженные групповые нормы формируют аномальные установки на употребление веществ, изменяющих психическое состояние.

Одна из наиболее значимых проблем девиантного поведения в виде злоупотребления веществами, вызывающими изменения психики и зависимость, — проблема изучения личности наркозависимого и зависимого от алкоголя. Известно, что таким людям свойственно сочетание противоречивых качеств. У них могут наблюдаться резкие колебания настроения, неустойчивость интересов, сенситивность, повышенная рефлексия и склонность к самоанализу, излишняя самоуверенность, переоценка своих возможностей, одновременное проявление полярных качеств психики (самоуверенность и легкая ранимость, развязность и застенчивость, ласковость и жестокость).

Традиционная точка зрения, что базисная притягательная сила алкогольного и наркотического опьянения кроется в эйфории, подвергается критике (Б. С. Братусь, П. И. Сидоров). Считается, что психологические причины тяги располагаются глубже и заключаются, во-первых, в тех иллюзорных возможностях удовлетворения желаний и разрешения конфликтов, которые дает состояние опьянения, и, во-вторых, в тех психологических и социальных условиях, которые толкают человека на этот путь. И. Н. Пятницкая отмечает, что личность наркомана преморбидно отличают черты незрелости (неустойчивость и невыраженность высоких, в частности, интеллектуальных интересов, твердых нравственных норм, чувство стадности) и несовершенная адаптация, невыносимость стрессовых ситуаций, склонность к колебаниям настроения.

M. Zukermann описал особый тип поведения — «поиск ощущений» (ПО) — поведение, связанное с потребностью в различных новых ощущениях и переживаниях, выражающееся в стремлении к физическому и социальному риску ради этих ощущений. Подобное поведение — индивидуальная особенность субъекта, вытекающая из необходимости поддерживать оптимальный уровень стимуляции и возбуждения. Автор утверждает, что одним из факторов приобщения подростков к наркотикам является любопытство и желание новых ощущений, кроме того, подростки с высоким уровнем ПО стремятся к экспериментированию с различными видами наркотиков с целью повысить уровень возбуждения.

Особое значение в формировании пренаркотической личности придается *психическому инфантилизму,* выражающемуся в несамостоятельности принятия решений и действий, неспособности противостоять влиянию извне, в пониженной критичности к себе, обидчивости, ранимости. Традиционно выделяются следующие личностные факторы, характерные для подростков, употребляющих психоактивные вещества:

1) повышенные по сравнению с благополучными сверстниками: толерантность к отклоняющемуся поведению; критицизм по отношению к социальным институтам общества (школа, семья), отчужденность от них;

восприимчивость к новым идеям и впечатлениям; интерес к творчеству, импульсивность;

2) пониженные по сравнению с благополучными сверстниками: ценность достижений; ожидание академических успехов; религиозность; конформизм; чувство психологического благополучия (что выражается в высоком уровне стресса и апатии); уважение к общепринятым нормам поведения;
3) экстернальный локус контроля (полезависимость) и сниженная самооценка.

С. Б. Белосуров в анамнезе болеющих наркоманией, наряду с другими факторами, отмечает:

П воспитание в неполной семье;
- постоянную занятость одного из родителей (длительные командировки, деловую загруженность и т. д.);
- отсутствие других детей в семье.

По мнению Б. Уильямса, среди наркоманов наблюдается определенное сходство, касающееся их семей, и отмечаются следующие факторы:

П отец отсутствует или отличается слабым характером;
- излишне заботливая, уступчивая или, наоборот, властная мать;
- непоследовательное поведение и отсутствие сдерживающих факторов;
- враждебность или конфликты между родителями;
- нереальное стремление родителей по отношению к детям (завышенные требования, ожидания).

Наши (В. Д. Менделевич) психологические исследования семей, в которых подросток страдает наркоманией, позволяют сделать вывод о том, что существует психологический тип отца наркозависимого, которого можно обозначить, по аналогии с выделенной учеными «шизофреногенной матерью», *«наркогенным отцом»*. Сутью его психологического портрета является сочетание таких черт, как повышенные требования к себе и своему окружению (в частности, ребенку, жене), трудоголизм, нежелание считаться с индивидуальными, возрастными особенностями и ситуативными моментами, эмоциональная холодность в сочетании с жесткостью и нередко с жестокостью, склонность к конкурентной борьбе, гиперактивность и общительность, носящая часто поверхностный характер и не сопровождающаяся желанием понять и эмоционально принять собеседника.

Исследования семей, в которой у одного из членов была выявлена наркотическая зависимость, показывают, что аддиктивные формы поведения присущи не только пациенту, но и, как правило, одному из родителей (чаще отцу). Аддиктивное поведение у родственника наркомана проявляется в виде: трудоголизма (38,7% случаев), сверхценных увлечений, в частности «паранойи здоровья» (22,6%), алкогольной зависимости (16,1%), гемблинга (12,9%), религиозного фанатизма (9,7%). Можно предположить, что формирование наркотической зависимости базируется на *семейном аддиктивном паттерне*.

По мнению И. Н. Пятницкой, выделяются следующие характеристики личности наркозависимого:

1) равнодушие к социальным проблемам, отсутствие устойчивых и сформированных индивидуальных интересов, какой-либо увлеченности;
2) обособление от взрослых, агрессивность к обществу, солидарность с возрастной группой, поиск чувственных впечатлений, сексуального опыта, даже познавательные интеллектуальные побуждения подростков.

Существенный научный интерес представляет проблема типичных индивидуально-психологических черт у лиц, употребляющих различные наркотические вещества. Имеются данные о том, что структура личности находится в определенной взаимосвязи с разновидностью наркотика, а отношения «человек—наркотик» определяют выбор наркотического вещества. Несомненно значимым является и тот факт, что подавляющее большинство наркоманов предпочитают какое-либо одно наркотическое вещество, обладающее именно теми свойствами, которые могут удовлетворить некоторые основные потребности их личности. Часто, по мнению Э. Крепелина, наркоман выбирает вещество, дефект от злоупотребления которым сходен с преморбидной его личностью. В качестве примера Э. Крепелин приводил «астенического мечтателя», пристрастившегося к морфину и окончательно ушедшего в наркотические грезы до глубокой степени истощения. Соответствующие наблюдения, подтверждающие это, накопились относительно пациентов эпилептоидного и шизоидного кругов. Э. Крепелин пишет: «Казалось бы, эпилептоидный психопате чертами ригидности, вязкости психических процессов и, в частности, застойными аффектами должен искать средство, облегчающее эти дефекты. Но он выбирает не стимуляторы, оживляющие психические функции, а снотворные и транквилизирующие препараты».

И все же подавляющее большинство ученых сходятся во мнении, что наркотик оказывается своеобразным компенсирующим фактором, способствующим преодолению человеком имеющихся психологических проблем и дезадаптации. Принимающие психостимуляторы обладают качествами вялости, апатичности, неэнергичности. Наркотические вещества с эйфоризирующим эффектом склонны употреблять лица либо находящиеся в состоянии удрученности, пониженного настроения, с целью снять имеющийся психоэмоциональный дискомфорт, либо люди, пытающиеся вырваться из плена скуки.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Пищевое поведение человека оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное в зависимости от множества параметров, в частности от места, занимаемого процессом приема пищи в иерархии ценностей индивида, от количественных и качественных показателей питания, от эстетики. Суще-

ственно влияние этнокультурных факторов на выработку стереотипов пищевого поведения, особенно в период стресса. Извечным вопросом о ценности питания становится вопрос о связи питания с жизненными целями («есть, чтобы жить, или жить, чтобы есть»), учета роли пищевого поведения окружающих для становления некоторых личностных характеристик (например, гостеприимство).

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, ориентация на образ собственного тела и деятельность по его формированию.

Учитывая существенное влияние на оценку адекватности пищевого поведения транскультурных особенностей человека, укажем, что значимость приема пищи в различных культурах и у людей разных национальностей различна. Так, в соответствии с дифференциально-аналитической концепцией Н. Пезешкиана, питание является одной из основных составляющих восточной психологической модели ценностей, в рамках которой вырабатывается собственный образ красоты тела (как правило, привлекательнее и здоровее считается полный, упитанный человек с хорошим аппетитом) и отношение к тому, как и сколько ест ребенок или взрослый. Нормальным поведением в период стресса рассматривается повышение аппетита и усиленное питание («Сначала поешь — потом поговорим о проблемах») и т. н. *феномен «заедания стресса»*. На уровне бытовых отношений оценка высшей степени гостеприимства сопряжена с предоставлением большого количества продуктов питания. В западной психологической модели ценностей питание само по себе не является ценностью и гостеприимство не включает в обязательном порядке процесс питания. Ценностью оказывается контроль за приемом пищи, ориентация на иные стандарты красоты и эстетики — стройность, худоба, спортивность в противовес упитанности в рамках восточной модели. В связи с подобными транскультурными разночтениями девиантное пищевое поведение в обязательном порядке должно учитывать этнокультурный стереотип пищевого поведения окружения человека.

Основными нарушениями пищевого поведения считаются *нервная анорексия* и *нервная булимия*. Общими для них являются такие параметры, как:

1) озабоченность контролированием веса собственного тела;
2) искажение образа своего тела;
3) изменение ценности питания в иерархии ценностей.

Нервная анорексия представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и поддерживаемым самим индивидом. Отказ от пиши связан, как правило, с недовольством своей внешностью, избыточной, по мнению самого человека, полнотой. Учитывая тот факт, что определение объективных критериев полноты в значительной мере затруднено в связи с наличием эстетического компонента, приходится говорить о значимости параметра адекватности или неадекватности восприятия собственного тела («схемы тела»), ориентации на собственное мнение или рефлексию и реагирование на мнение референтной группы. Часто основой

нервной анорексии служит искаженное восприятие себя и ложная интерпретация изменения отношения окружающих, якобы обусловленного патологическим изменением внешности девианта. Данный синдром носит название *дисморфоманического синдрома.* Однако формирование нервной анорексии возможно и вне данного синдрома.

Выделяют (М. В. Коркина) четыре стадии нервной анорексии: 1) инициальная; 2) активной коррекции, 3) кахексии и 4) редукции синдрома. В инициальной стадии индивид выражает недовольство преимущественно избыточной, по его мнению, полнотой либо всей фигуры, либо отдельных частей тела (живота, бедер, щек). Он ориентируется на выработанный идеал, стремится к похуданию с целью подражания кому-либо из ближайшего окружения или популярным личностям. На стадии активной коррекции, когда нарушения пищевого поведения становятся очевидными для окружающих и происходит становление девиантного поведения, индивид начинает прибегать к различным способам похудания. Прежде всего он выбирает *ограничительный пищевой стереотип,* исключая из рациона отдельные высококалорийные продукты, склоняется к соблюдению строгой диеты, начинает использовать различные физические упражнения и тренинги, принимает большие дозы слабительных средств, применяет клизмы, искусственно вызывает рвоту с целью освобождения желудка от только что съеденной пищи. Ценность питания снижается, при этом индивид не способен контролировать свое речевое поведение и постоянно в общении возвращается к теме похудания, диет и тренингов. На стадии кахексии могут возникнуть признаки дистрофии: снижение массы тела, сухость и бледность кожных покровов и иные симптомы.

Диагностическими критериями нервной анорексии являются:

1) снижение на 15% и сохранение на сниженном уровне массы тела или достижения индекса массы тела Кветелета 17,5 баллов (индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах);
2) искажение образа своего тела в виде страха перед ожирением;
3) намеренное избегание пищи, способной вызвать увеличение массы тела.

Нарушение пищевого поведения в виде синдрома нервной анорексии встречается, как правило, при двух типах девиантного поведения: патохарактерологическом и психопатологическом. В рамках первого нарушения пищевого поведения обусловлены особенностями характера человека и его реагированием на отношение со стороны окружающих, при втором — синдром нервной анорексии формируется на базе иных психопатологических расстройств (дисморфоманического, ипохондрического симптомокомплексов) в структуре шизофренических или иных психотических расстройств.

Нервная булимия характеризуется повторяющимися приступами переедания, невозможностью даже короткое время обходиться без пищи и чрезмерной озабоченностью контролированием веса тела, что приводит человека к принятию крайних мер для смягчения «полнящего» влияния съеденной пищи. Индивид ориентирован на пищу, он планирует собственную жизнь, основы-

ваясь на возможности принять пищу в нужное время и в необходимом для него количестве. Ценность данной стороны жизни выходит на передний план, подчиняя себе все остальные ценности. При этом отмечается амбивалентное отношение к приему пищу: желание есть большое количество пищи сочетается с негативным, самоуничижающим отношением к себе и своей «слабости».

Выделяется несколько диагностических критериев нервной булимии:

а) постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище даже в условиях ощущения сытости;

б) попытки противодействовать эффекту ожирения от съедаемой пищи с помощью таких приемов, как вызывание рвоты, злоупотребление слабительными средствами, альтернативные периоды голодания, использование препаратов, подавляющих аппетит;

в) навязчивый страх ожирения.

Как видно из клинических описаний, нервная анорексия и нервная булимия имеют ряд общих черт, вследствие чего можно говорить о едином комплексе нарушений пищевого поведения. Однако нервная булимия, в отличие от анорексии, может входить в структуру аддиктивного типа девиантного поведения. Если отказ от пищи играет роль болезненного противостояния реальности (существенный параметр патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения), то непреодолимое влечение к пище может отражать как противостояние (в частности, снятие симптомов тревоги, депрессии при невротических расстройствах), так и уход от реальности. При аддиктивном поведении повышение ценности процесса питания и переедание становится единственным удовольствием в скучной, однообразной жизни. Человек избирает для себя питание в качестве альтернативы повседневной жизни с ее требованиями, обязанностями, регламентациями. У него формируется феномен «жажды острых ощущений» в виде изменения пищевого поведения. Например, такой индивид может получать новые необычные ощущения от количества и качества пищи, сочетания несочетаемых ингредиентов (огурцов с медом, торта с горчицей). Мотивом становится бегство от «опостылевшей» реальности в мир вечного «пищевого удовольствия».

Важнейшим психологическим процессом юношеского возраста является процесс становления самосознания и устойчивого образа «Я». Именно с образом «Я» и с самооценкой в большинстве случаев связано негативное отношение к своему телу, лежащее, как правило, в основе нарушений пищевого поведения. Е. Т. Соколова утверждает, что существует тесная связь между переменными Я-концепции и формами телесного опыта. Телесный опыт — это очень широкая категория, которая охватывает все, «имеющее хоть какое-либо отношение к психологической связи «индивид — его тело». Один из наиболее важных компонентов телесного опыта — это образ тела (образ телесного «Я», физического «Я»), то есть результат осознанного или неосознанного психического отражения, определенная умственная картина своего тела.

По мнению Р. Бернса, тело является зримой и ощутимой частью нашего «Я». «Мы чувствуем, видим и слышим самих себя, никогда не в состоянии

отрешиться от своего тела, к тому же этот неотъемлемый элемент нашей личности выставлен на постоянное публичное обозрение», — отмечает Р. Берне. Размеры и форма тела оказывают влияние на качественное своеобразие жизни индивида и его психики, ибо служат предметом как собственных оценок, так и оценок другими людьми.

Многие исследователи сходятся во мнении, что представление о своем физическом облике является одной из главных составляющих Я-концепции. Это направление исследований изучает образ тела и его связь с Я-концепцией, исходя из представления о теле как своеобразном хранилище «Я», обладающем более или менее определенными границами. Второе направление связано с другой характеристикой тела — внешностью. В этих исследованиях тело рассматривается, с одной стороны, как носитель личных и социальных значений, ценностей и т. п., а с другой — как объект, обладающий определенной формой и размерами. Соответственно делается акцент либо на эмоциональном отношении к собственной внешности, либо на когнитивном компоненте. В первом случае используются такие понятия, как «значимость» и «ценность» тела, «удовлетворенность» им, во втором речь идет о «точности», «переоценке», «искажении» восприятия тела. Известно, что существует высокая положительная корреляция между удовлетворенностью телом и удовлетворенностью собой. С точки зрения Р. Бернса, положительная оценка своего внешнего облика в сознании человека, а также в суждениях окружающих может существенно повлиять на позитивность его Я-концепции в целом и, наоборот, отрицательная оценка влечет за собой существенное снижение общей самооценки. При этом делается акцент на зависимости самооценки от мнений окружающих людей. Человек — существо социальное и не способен избегать принятия многих социальных и культурных ролей, стандартов и оценок, определяемых самими условиями его жизни в обществе. Он становится объектом не только собственных оценок и суждений, но также оценок и суждений других людей, с которыми сталкивается в ходе социальных взаимодействий. Если он стремится получить одобрение окружающих, то должен соответствовать общепринятым стандартам. Отмечается, что на самооценку и степень уважения личности часто оказывают влияние лишь строго определенные зоны тела (А. Марселло).

Развитая система психологической защиты снижает субъективную значимость недостатка внешности вплоть до его трансформации в сознании в положительный признак внешности. И. С. Кон выделяет пять вариантов преломления в «Я» физического недостатка:

1) исправление недостатка путем напряженных усилий (некоторые больные с ожирением стараются любыми способами снизить вес);
2) уклонение от сознания неприятного качества (некоторые девушки с ожирением считают полноту пикантной);
3) взгляд на весь мир сквозь призму своего несчастья с вытекающей отсюда мнительностью;
4) приспособление к установкам окружающих людей;
5) компенсация недостатка в одной области достижениями в другой.

У больных ожирением выделяют еще один вариант — «деформация пищевого поведения как уже сформированный стереотип ответа на конфликт». Наши (В. Д. Менделевии, Э. Бухарова) исследования девушек с нарушениями пищевого поведения в виде анорексии и булимии с ожирением показали, что девушки с ожирением склонны негативно оценивать свою внешность. По результатам теста «Автопортрет», более двух третей из них против половины из контрольной группы изображают себя только в виде лица и, наоборот, только 19% из экспериментальной группы против 40% из контрольной рисуют себя в полный рост. Очевидно, что девушки с булимией и ожирением склонны игнорировать изображение своей фигуры в связи с негативными эмоциональными переживаниями по поводу своего веса и полноты тела. Кроме того, они рисуют автопортрет схематически, а девушки без нарушений пищевого поведения — реалистически. Исследованным манекенщицам (моделям рекламного агентства) с объективным дефицитом массы тела свойственна отчетливая тенденция искажения изображения образа телесного «Я», что позволяет отнести их к «группе повышенного риска по возникновению нарушений пищевого поведения».

Высокая достоверность различий выявляется по изображению отдельных частей лица, в частности по показателю «наличие рта», который чаше отсутствует в рисунках манекенщиц. Такое внимание ко рту может говорить об особом отношении к пище и структуре пищевого поведения. Возможно, ограничивая себя в питании, девушки тем не менее много думают о еде, сохраняют к ней большой интерес. Обращает на себя внимание показатель изображения ушей. Девушки с булимией и ожирением значительно реже рисуют уши, что можно трактовать как закрытость от восприятия внешнего мира, нетерпимое отношение к критике. По преобладанию показателя «наличие ресниц» можно предполагать, что манекенщицы склонны подчеркивать свою женственность, стремление быть привлекательной, что не свойственно девушкам с нарушениями пищевого поведения в виде булимии и ожирения. Руки, символизирующие контакт человека с окружающим миром, активность, преобладают в рисунках манекенщиц с недостаточным весом. Ноги — символ опоры и устойчивости — реже представлены в рисунках девушек с ожирением, что можно трактовать как присутствие чувства неустойчивости, отсутствия опоры в окружающем мире.

Еще одна разновидность нарушений пищевого поведения — **стремление поедать несъедобные предметы.** Как правило, такой тип поведения встречается лишь при психических заболеваниях или грубой патологии характера, хотя не исключено его возникновение в рамках делинквентного поведения с целью симуляции соматической болезни и достижения какой-либо цели. При психопатологическом типе девиантного поведения отмечается, например, поедание испражнений (копрофагия), ногтей (онихофагия), при делинквентном — заглатывание металлических предметов (монет, булавок, гвоздей).

Извращение вкуса как нарушение пищевого поведения встречается при многих физиологических состояниях человека. В частности, при беременности у женщины возникает тяга к острой, соленой пище или определенному

конкретному блюду. Изменение отношения к ряду продуктов с формированием измененного пищевого поведения возможно при заболеваниях головного мозга.

В рамках патохарактерологического типа девиантного поведения изменения пищевого поведения могут носить **характер неэстетичности и нарушения стиля.** Человек, например, может неэстетично есть (чавкать, хлюпать, причмокивать при еде), быть *неаккуратным и нечистоплотным* (есть немытые продукты, пить грязную воду) или, наоборот, быть *повышенно брезгливым* даже по отношению к близким родственникам (категорически отказываться доедать или допивать за ребенком, испытывая чувство голода и зная об отсутствии иной пищи или жидкости), не уметь пользоваться столовыми приборами или игнорировать их применение. К стереотипам пищевого девиантного поведения относят также *скорость принятия пищи.* Отмечаются две крайности: очень замедленное принятие и сверхбыстрое, торопливое заглатывание пищи, которые могут быть обусловлены семейными традициями или свойствами темперамента.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДЕВИАЦИИ И ПЕРВЕРСИИ

Оценка диагностических критериев отклонений в сексуальном поведении человека наталкивается на ряд сложностей, поскольку имеются существенные разночтения в понимании сексуальной нормы. Под сексуальными девиациями понимается любое количественное или качественное отклонение от сексуальной нормы, а в понятие нормы включается поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнера (А. А. Ткаченко).

В сексологии принято разделять понятия **индивидуальной** и **партнерской норм.** *Индивидуальная норма* оценивается, как правило, с ориентацией на биологические особенности человека и включает такие виды сексуального поведения, как: 1) по непреднамеренным причинам не исключают и не ограничивают возможность осуществления генитально-генитальных взаимодействий, которые могут привести к оплодотворению; 2) не характеризуются стойкой тенденцией к избеганию половых (в том числе сексуальных) контактов (Г. Годлевский). Таким образом, индивидуальная норма нацеливается на анализ потенциальных возможностей человека к сексуальным контактам в силу анатомической и физиологической нормы, а также коммуникационных способностей индивида — его желания и умения выстраивать отношения с окружающими людьми, способствующие половым отношениям. В рамках *партнерской нормы,* которая определяется как все виды сексуальной активности, сексуального поведения и сексуальных действий, имеющие место между двумя зрелыми людьми, принимаются обоими и направлены на достижение наслажде-

ния, которые не вредят здоровью и не нарушают норм общежития. Следовательно, в структуре партнерской нормы выделяется принципиальное значение следующих критериев: 1) количество одновременно взаимодействующих партнеров, 2) их зрелость, 3) стремление к достижению обоюдного согласия, 4) отсутствие ущерба собственному здоровью и 5) здоровью и комфорту других людей. *Критерий числа одновременно взаимодействующих партнеров* нацеливает на парные сексуальные контакты, как соответствующие норме и адекватности в связи со значимостью, с одной стороны, принципа интимности для становления гармоничных сексуальных взаимоотношений, с другой — отсутствия стремления к избеганию любых партнерских связей. *Критерий зрелости* указывает на социально-психологические характеристики, в частности возможность понимать биологический и социальный смысл сексуальных действий и быть ответственным за их последствия. К. критерию *стремления к достижению обоюдного согласия* относится осуществление свободного выбора места, времени и способа сексуального взаимодействия и неущемления права свободного выбора партнера, то есть обоюдное согласие находит отражение в совпадении «диапазонов приемлемости» и «сексуальных сценариев». В *критерий непричинения ущерба собственному здоровью* входит реальная самооценка человека в сфере собственных сексуальных способностей и исключение поведения, наносящего вред здоровью. *Критерий непричинения вреда здоровью и комфорту окружающих* (в том числе партнера) рассматривается как учет внешних социальных последствий сексуального действия человека, в частности циничного и оскорбляющего общественную нравственность.

Выделяют следующие векторы сексуальной ориентации, способные помочь в оценке нормального и аномального сексуального поведения (рис. 14).

Существенным для определения адекватности сексуального поведения считается *вектор интенсивности филии,* отражающий количественный пока-

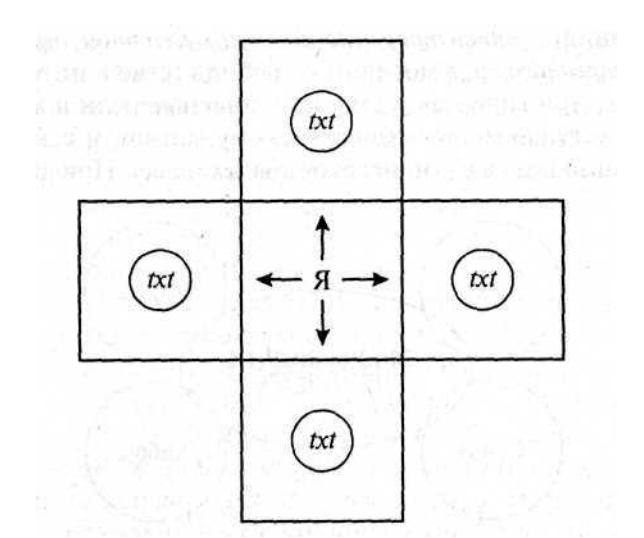


Рис. 14. Векторы сексуальной ориентации

затель «силы» либидо безотносительно его направленности. К нему относят гипофилию и гиперфилию. *Вектор направленности (партнерства)* определяет выбор объекта сексуального влечения на основании различных параметров: возраста, пола, национальности, этнической принадлежности, профессии, социального статуса, одушевленности или неодушевленности, биологических и анатомических особенностей (человека, животного), количества партнеров, внешней или внутренней направленности и некоторых иных. *Вектор способа реализации* указывает на приоритетность тех или иных методов и средств достижения волюстических ощущений (оргазма), среди которых выделяются механические, психологические, физиологические. В рамках *вектора телесного образа* значимым, по мнению Дж. Мани, является процесс конкордантности образа тела натальному полу данного человека, то есть существенным считается адекватная самоидентификация индивида и характер принятия или непринятия образа собственного тела. Каждая из перечисленных составляющих векторов может приводить к формированию разнообразных сексуальных девиаций или их комбинаций.

Гиперсексуальность — одна из базовых характеристик, способствующих формированию подавляющего большинства сексуальных девиаций и перверсий. Она характеризуется значительным повышением ценности сексуальной жизни и вытеснением иных ценностей. Считается, что у человека существуют четыре сферы жизни, которые формируют соотношение ценностей тех или иных видов деятельности (рис. 15).

В случае девиаций гиперсексуальное поведение становится не столько средством для достижения удовлетворения, но и самоцелью. Возникают разнообразные формы отклоняющегося от норм права, нравственности или эстетики сексуального поведения: *секс как унижение, секс как гордыня, секс как развлечение, секс как спорт, секс как работа, секс как коллекционирование и т. д.* В рамках гармоничности целями вступления человека в сексуальные контакты являются, как правило, *удовлетворение коммуникативной, прокреативной и рекреативной потребностей,* а мотивом — любопытство и интерес, альтруизм или эгоизм и т. д. При гиперсексуальности обычные цели и мотивы отходят на второй план, уступая место эгоистическому мотиву, и сексуальный контакт может использоваться в т. н. несексуальных целях. При девиантном сек-



Рис. 15. Сферы жизни человека

суальном поведении человек склонен получать сексуальное удовлетворение, сочетая коитус с оскорблением и принуждением партнера к вступлению в сексуальный контакт в неподходящей (неприемлемой) для него форме, в нетрадиционное для него время или с не приносящей удовлетворения интенсивностью с полным игнорированием свободного выбора партнера. Сходное отклоняющееся поведение может быть направлено на удовлетворение гордыни человека. Вступление в сексуальные взаимодействия с целью поставить рекорд по числу партнеров или по продолжительности одного контакта также носит характер девиации, формируя поведение по типу промискуитета (беспорядочных половых связей). В данном случае поиск объекта удовлетворения сексуального чувства приобретает навязчивый или сверхценный характер, и партнер может обесцениваться до уровня «персонифицированного возбуждающего объекта». Особо с позиции этики и нравственности выделяется проституция, когда основной целью вступления в сексуальные связи становится корысть. Все вышеперечисленные формы отклоняющегося поведения формируются лишь на основе гиперсексуальной ориентации. Они выполняют функцию ухода от скучной реальности в мир ярких и необычных сексуальных переживаний. Таким образом, гиперсексуальное поведение входит в структуру аддиктивного типа девиантного поведения, хотя может встречаться и при иных типах. Разновидностью гиперсексуального поведения является провоцирующее поведение без истинного желания вступить в интимные отношения. Такое поведение включает фривольность в высказываниях, сексапильность во внешности и манерах.

Противоположность гиперсексуальности — **асексуальное девиантное поведение,** при котором человек снижает значимость и ценность сексуальной жизни или отрицает ее существенность полностью и исключает из своей жизни поступки, направленные на сексуальные контакты. Он может обосновывать это моральными или мировоззренческими соображениями, отсутствием интереса или иными мотивами. Асексуальность часто сочетается с особенностями характера индивида в виде акцентуаций и патологических вариантов шизоидной или зависимой (астенической) направленности.

Выбор сексуального партнера в норме осуществляется с использованием возрастного фактора. Адекватной для взрослого человека считается направленность налицо близкой к нему возрастной категории. Разброс границ обусловлен, с одной стороны, эстетическими критериями, при которых норма оценивается на основании «приличия» возрастной разницы сексуальных партнеров; с другой стороны, характеристикой зрелости. Выделяют ряд сексуальных девиаций, диагностика которых строится на несоответствии возрастной направленности влечения: *педофилия, эфебофилия, геронтофилия.*

Педофилией называется направленность сексуального и эротического влечения взрослого человека на ребенка. Человек с педофильной направленностью не находит полного сексуального удовлетворения в контактах со сверстниками и способен испытывать оргазм лишь при взаимодействии с детьми. Формы педофильных контактов различны — от редко встречающихся собственно коитальных до эксгибиционистских актов и петтинга. Данный вид

сексуальных девиаций может быть представлен как в рамках патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения, так и при аддиктивном типе. Если в первых случаях мотивами выступают психопатологические симптомы и синдромы (деменция, изменения личности, акцентуации характера), то во втором — попытка испытать особые, необычные, яркие и новые для индивида переживания при контакте с ребенком.

Разновидность сексуальной ориентации взрослого на лиц более молодого возраста — **эфебофилия** — влечение к подросткам. Мотивом поведения человека, склоняющегося к выбору в качестве партнера подростка, часто оказывается «поиск непорочности», отсутствие сексуального опыта и смущение в интимной жизни. Описан стиль сексуального влечения к девочкам-подросткам в сочетании с фетишизмом: объект обязательно должен быть, например, «в школьной форме с фартучком». При эфебофилии по сравнению с педофилией повышается число собственно коитальных контактов взрослого с подростком. Эфебофилия может входить в структуру делинквентного, аддиктивного, патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения.

Геронтофилия заключается в сексуальном влечении к партнеру старческого возраста, при этом старческое тело играет роль своеобразного фетиша (К. Имелинский). Как правило, встречается только у мужчин. Считается, что геронтофилия базируется на психопатологических симптомах и синдромах, в частности измененияхличности (органического, алкогольного генеза), деменции различного происхождения, психопатических проявлениях.

Зоофилия является сексуальной девиацией в рамках вектора направленности влечения. Под зоофилией понимают сексуальное влечение к совершению сексуальных действий с животным. При этом животное рассматривается человеком с зоофильной ориентацией как заместительный (викарный) или суррогатный сексуальный объект. Чаще всего при данном виде отклоняющегося поведения используется коитальный генитально-анальный контакт. Зоофилия рассматривается в качестве аддиктивного, патохарактерологического или психопатологического девиантного поведения. Из болезненных признаков, на базе которых формируется зоофилия, чаще других оказывается олигофрения, деменция и изменения личности при различных заболеваниях головного мозга. Из патологических характерологических радикалов — шизоидный и зависимый. Аддиктивное поведение в виде зоофилии встречается редко.

Фетишизм, или сексуальный символизм, — одна из самых распространенных сексуальных девиаций — характеризуется замещением объекта или субъекта сексуального влечения каким-либо символом (частью одежды, личным предметом), который оказывается достаточным для достижения сексуального возбуждения и оргазма. В качестве фетиша может выступать практически любая часть человеческого тела желанного (вожделенного) объекта (грудь, волосы, голень, ягодицы и пр.). Дифференциально-диагностическими критериями отграничения признаков фетишизма в рамках нормы и при девиации может служить появление самодостаточности и предпочтительно-

сти фетиша самому объекту. Различают такие разновидности фетишизма, как *пигмалионизм* (фетишами являются картины, фотографии, статуэтки), *гетерохромия* (цвет кожи партнера), *ретифизм* (обувь), *фетишизм деформации* (уродливость человека), *некрофилия* (мертвое тело). Фетишизм встречается при патохарактерологическом и психопатологическом типе отклоняющегося поведения, особенно часто при наличии в клинической картине заболевания или структуре характера шизоидных или психастенических черт.

Нарциссизмом (аутоэротизмом) обозначается направленность сексуального влечения на себя. Он проявляется самолюбованием, завышенной самооценкой, повышенным интересом к собственной внешности, половым органам, сексапильности. Часто нарциссизм сочетается с истерическими чертами характера и т. н. нарциссическим расстройством личности, выделяемым в американской классификации поведенческих расстройств. Наиболее существенным становится устойчивый паттерн претенциозности, убежденности в собственной неотразимости в сочетании с гиперсенситивностью к оценкам и критике со стороны окружающих. Такой человек склонен рассматривать собственное тело в зеркале, фотографировать или снимать на видеопленку себя в обнаженном виде, имитируя при этом позы и действия порнозвезд.

Инцестное поведение характеризуется направленностью и склонностью к реализации сексуального влечения в контактах с кровными родственниками (чаще с сестрами, дочерьми, внучками). По мнению Б. Джастис и Р. Джастис, отцы, склонные к инцестному поведению, разделяются на пять групп: 1) симбиотические личности, стремящиеся к близости, чувству принадлежности; у них существует выраженная и неудовлетворенная потребность в эмоциональном тепле со стороны тех, кто мог бы быть близок им и поддерживал бы их; они не умеют достигать контакта и быть привязанными в ином, несексуальном смысле; 2) психопатические личности, ищущие в инцесте новизны и возбуждения, секс для них означает физическую стимуляцию, которую они стремятся получить от любого источника, в том числе от дочерей; 3) педофилы; 4) психически больные с бредовыми и галлюцинаторными расстройствами; 5) представители некоторых национальностей, у которых кровосмесительные отношения не запрещены традициями и религией.

В рамках вектора, оценивающего способы реализации сексуального чувства, представлены наиболее известные и яркие примеры девиантного поведения: *садизм, мазохизм, садомазохизм, эксгибиционизм, вуайеризм*. Именно они часто приводят к столкновению личности с окружением и законом, поскольку часто нарушают и правовые, и этические, и эстетические нормы.

Садизм, мазохизм и садомазохизм являются близкими сексуальными девиациями, поскольку проистекают из гиперролевого поведения (маскулинного или фемининного) и включают сопряженность сексуального удовлетворения с насилием и агрессией, направленной либо на себя, либо на партнера, или и то и другое. Садистическое поведение реализуется в стремлении подавлять сексуального партнера, унижать его, оказывать болевое и психологическое воздействие. Агрессивность у такого человека способствует более высокой степени сексуальных возможностей и наивысшего оргастического удовлет-

ворения. Чем в большей степени унижен, оскорблен и подавлен партнер — тем более яркие волюстические ощущения сопутствуют этому. Садизм как сексуальная девиация переплетается с удовлетворением потребности властвовать и доминировать в жизни, которая, однако, как правило, не полностью удовлетворяется. При мазохизме происходит обратный психологический процесс. Человек стремится быть униженным и подавленным. Лишь это способно вызвать у него оргазм. Часто у одного и того же человека представлены оба направления в удовлетворении сексуальной потребности (садомазохизм). Данные сексуальные девиации встречаются при любом типе отклоняющегося поведения.

Эксгибиционизмом называют сексуальную девиацию в виде достижения сексуального удовлетворения путем демонстрации собственных половых органов или своей сексуальной жизни окружающим. Суть эксгибиционизма — гиперкомпенсаторное преодоление чувства стыда в связи с обнажением с целью снятия эмоционального и сексуального напряжения. В таком случае эксгибиционистский акт следует рассматривать как эмоциональную разрядку после периода каких-либо внутриличностных проблем. Выделяют (Б. В. Шостакович, А. А. Ткаченко) несколько этапов эксгибиционистского акта: 1) подготовительный, при котором происходит внутренняя переработка и борьба мотивов; 2) этап нарушенного сознания и 3) этап выхода из состояния. Разновидностью эксгибиционизма является *кандаулезизм,* при котором достижение сексуального удовлетворения связано с демонстрацией окружающим обнаженной жены или сексуальной партнерши. Известно, что эксгибиционизм чаще встречается у лиц с ананкастическими чертами характера или при различных психических расстройствах, в частности в структуре маниакального синдрома. Есть мнение, что эксгибиционистские акты родственны эпилептическим пароксизмам. При иных, кроме психопатологического и патохарактерологического, типах девиантного поведения он практически не встречается.

Вуайеризм — это форма девиантного сексуального поведения, заключающаяся в получении сексуального удовлетворения при подсматривании, подглядывании (или подслушивании) за процессом обнажения или сексуальной жизнью людей. Важной особенностью вуайеризма, так же как и эксгибиционизма, считается анонимность индивида, склонного к девиантному поведению. Нередко данные формы сексуальных отклонений сочетаются. Вуайеризм может входить в структуру аддиктивного поведения, а также быть признаком патохарактерологического и психопатологического типов отклоняющегося поведения.

Особую группу сексуально отклоняющегося поведения составляют девиации, при которых, с одной стороны, изменяется традиционная гетеросексуальная ориентация, с другой — имеется тенденция к нарушению идентификации собственного пола. К данной группе относят: *гомосексуализм, трансвестизмдвойнойролиитранссексуализм.*

Половой идентичностью обозначают (В. Е. Каган) соотнесение личности с телесными, психофизиологическими, психологическими и социокультур-

ными значениями маскулинности и фемининности, выделяя следующие формы: I) базовая идентичность— соотнесение личности с традиционными, восходящими к филогенетическим, половым различиям, альтернативным представлениям о маскулинности / фемининности; 2) ролевая идентичность — соотнесение поведения и переживаний личности с существующими в данной культуре и в данное время полоролевыми стереотипами; 3) персональная идентичность — интеграция первой и второй, характеризующая соотнесение личности с маскулинностью/фемининностью в контексте индивидуального опыта межличностного общения и совместной деятельности.

Можно расположить сексуальные девиации, сгруппированные отношением к телесному образу, в спектре между адекватной половой идентификацией и нарушенной (рис. 16).

Адекватная половая идентификация	Гомосексуализм	Трансвестизм двойной роли	Транссексуализм	Инверсия половой идентификации

Рис. 16. Спектр половой идентификации

Наиболее известным нетрадиционным для общества поведенческим сексуальным стереотипом является **гомосексуальное поведение.** Под гомосексуализмом понимают сексуальную ориентацию человека, направленную на лиц своего пола без существенного изменения идентификации собственного пола. По мнению Brautigam, гомосексуализм делится на четыре группы:

1) псевдогомосексуализм, при котором выбор гомосексуального партнера делается на основе несексуальных мотивов (материальных выгод, желания унизить человека и т. д.);
2) гомосексуализм периода развития;
3) гомосексуализм, обусловленный различными задержками психического развития и входящий в структуру психических расстройств;
4) истинный гомосексуализм, обусловленный гомосексуальными наклонностями.

Вследствие многообразия и неоднозначности перечисленных разновидностей гомосексуализма можно говорить и о неоднородности поведенческих проявлений. Наиболее значимо поведение лиц с истинным гомосексуализмом. Отметим, что назвать подобное поведение болезненным или патохарактерологическим было бы неправомерно, поскольку гомосексуальная ориентация человека и вытекающее из нее поведение не обусловлено патологическими механизмами, а является лишь особым нетрадиционным видом человеческого поведения, разновидностью нормы. Однако, учитывая высокую общественную значимость гомосексуального поведения, логично рассматривать некоторые его непатологические разновидности в рамках аддиктивного поведения. Суть гомосексуальной аддикции — поиск нового, не апробированного человеком способа достижения сексуального удовлетворе-

ния в случаях, когда иные способы перестают быть результативными. Оно противопоставляется псевдогомосексуальному поведению, которое может быть отнесено к делинквентному типу отклоняющегося поведения, и двум иным разновидностям гомосексуализма, вызванным психической патологией.

При гомосексуализме не происходит нарушений половой идентификации. Человек осознает принадлежность к полу, в котором существует, и не нацелен на смену пола, в отличие от поведения при транссексуализме. Существенных отклонений в структуре истинного или аддиктивного гомосексуализма не наблюдается. Человек критичен по отношению к тому, что его сексуальная ориентация является нетрадиционной и оппозиционно воспринимается большинством членов общества, в том числе близкими родственниками и знакомыми людьми. Вторично возможно возникновение иных нарушений поведения в связи с формированием у человека внутриличностного конфликта из-за разнонаправленности внутренних устремлений и внешних требований к проявлениям сексуальности. Такой тип гомосексуализма обозначается *эго-дистоническим*. Если же у человека обнаруживается спаянность личности с нетрадиционным сексуальным влечением, уходом от реальности, игнорированием мнения и отношения общества, постепенным упрощением отношения к самому себе, говорят об *эго-синтоническом* типе гомосексуализма. Характерные внешние проявления последнего: эпатирование окружающих людей нарочито сексуальным поведением, использованием манер, одежды и внешних признаков лиц противоположного пола, возведение собственной нетрадиционной сексуальной ориентации в культ, подчинение ей всех иных ценностей жизни. Именно эго-синтонический тип гомосексуализма можно отнести к аддиктивному отклоняющемуся поведению.

Для сексуальной девиации, называемой **трансвестизмом двойной роли,** характерно ношение одежды противоположного пола с целью получения сексуального удовлетворения от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу, но без желания постоянного «изменения» пола или его хирургической коррекции.

При **транссексуализме** существенно, в отличие от трансвестизма двойной роли, нарушается половая идентификация и человек осознает себя представителем противоположного пола, вследствие чего выбирает соответствующий способ и манеры поведения. Он активно нацелен на хирургическую коррекцию пола с целью снятия внутриличностного конфликта и дискомфорта, обусловленного несоответствием осознания половой роли и внешне навязываемыми ему стереотипами поведения. Трансвестизм и транссексуализм не являются признаками аддиктивного типа отклоняющегося поведения, чаще входя в структуру патохарактерологического или психопатологического типов. Однако механизмы их формирования могут выходить за рамки перечисленных.

Помимо сексуальных девиаций и перверсий (парафилий), к отклоняющемуся сексуальному поведению относят **нарушения психосексуального развития.** Известно, что психосексуальное развитие имеет временные закономерности и этапы, последовательность которых в норме четко определена.

Выделяют следующие последовательно сменяющие друг друга этапы: 1) этап половой дифференцировки структур мозга; 2) этап полового самосознания (от рождения до 7 лет), во время которого под влиянием воспитания формируется половая идентичность; 3) этап становления стереотипов полоролевого поведения (7—13 лет), вовремя которого подросток усваивает нормативы мужского или женского стиля (маскулинность или фемининность); 4) этап психосексуальных ориентации (13-18 лет), во время которого происходит становление вектора сексуального влечения. Выделяют следующие девиации психосексуального развития: ускорение (преждевременное развитие) и ретардация (запаздывание, отставание). При **ускорении,** или **преждевременном психосексуальном развитии,** для поведения ребенка и подростка типичными становятся сексуальные особенности, в норме характеризующие более поздние этапы развития. Могут появляться такие формы поведения, как **имитационное коитальное поведение, элементы эксгибиционистского и вуайерного поведения, стереотипное мастурбационное поведение.** Ускорение психосексуального развития почти всегда сопровождается гиперсексуальностью в противовес ретардации, при которой отмечается асексуальное поведение.

СВЕРХЦЕННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ

Одной из наиболее распространенных форм отклоняющегося поведения вне психопатологических рамок считаются сверхценные психологические увлечения. Увлечением называют повышенный интерес к чему-либо с формированием пристрастного эмоционального отношения. При сверхценном увлечении все характеристики обычного увлечения усиливаются до гротеска, объект увлечения или деятельность становятся определяющим вектором поведения человека, оттесняющим на второй план или полностью блокирующим любую иную деятельность. Классическим примером пароксизмального увлечения и «гиперувлечения» является состояние влюбленности, когда человек может быть полностью сосредоточен на объекте и субъекте эмоционального переживания, утрачивать контроль над временем, посвященным ему, игнорировать любые иные стороны жизнедеятельности. Существенными признаками сверхценных психологических увлечений считаются:

1) глубокая и длительная сосредоточенность на объекте увлечения;
2) пристрастное, эмоционально насыщенное отношение к объекту увлечения;
3) утрата чувства контроля над временем, затрачиваемым на увлечение;
4) игнорирование любой иной деятельности или увлечения.

Психологическое увлечение, в отличие от психопатологического, не выходит за границы традиционных для общества или отдельных его групп норм и правил. Поэтому одно и то же групповое или коллективное увлечение мо-

жет включать как людей с обычным интересом к такому виду деятельности, так и увлеченных, и гиперувлеченных, захваченных *идеей фикс*. Сверхценные психологические увлечения входят в состав аддиктивного, патохарактерологического типов девиантного поведения, а также отклоняющегося поведения на базе гиперспособностей. Используя терминологию Н. Пезешкиана, при сверхценных увлечениях происходит *«бегство от реальности»* в какую-либо деятельность в ущерб другой и в ущерб гармонии личности в целом.

При трудоголизме происходит бегство от реальности в сферу деятельности и достижений. Повышенным интересом и увлечением для человека становится его работа или иная деятельность, на поприще которой он пытается достичь совершенства. Если у обычного человека работа является способом повышения собственного престижа, авторитетности, материального благополучия, удовлетворения потребности властвовать и доминировать или рассматривается как повинность, то у человека-трудоголика работа становится самоцелью, а не способом достижения чего-либо. Он получает удовольствие от самого процесса деятельности, а не от его результата, хотя результат также немаловажен для продолжения данного вида работы. Трудоголик (работоголик) сосредоточен на интересующей его деятельности практически постоянно, он не способен отвлечься от мыслей о работе даже на отдыхе или при намеренной смене деятельности.

Базой для формирования сверхценного увлечения в виде трудоголизма становятся, как правило, либо особенности характера, способствующие фиксации внимания и деятельности на выполнении служебных обязанностей из-за страха не справиться с ними, прослыть неспособным и неквалифицированным специалистом, либо аддиктивный уход от реальности, которая воспринимается как неинтересная, непривлекательная и скучная. В первом случае формирование трудоголизма происходит на основе психастенических (ананкастных) или астенических (зависимых) черт характера. Неуверенность в себе, собственных способностях, страх проиграть и не справиться с поставленными задачами, затрудненность в межличностных контактах, робость и скромность, неумение выстроить собственную карьеру, используя личное обаяние, общительность или манипулятивные способы, приводят к постепенной выработке гиперкомпенсаторного поведения в сфере деятельности. Человек начинает «перерабатывать», уделять больше внимания работе, чем сослуживцы, стремиться к избеганию любых неожиданностей и доведению результатов собственного труда до совершенства. Постепенно выработанный стиль становится чертой характера и интенсивный труд начинает доставлять удовольствие.

Иной механизм формирования трудоголизма обнаруживается при аддиктивном поведении. Повышенный уровень работоспособности, увлеченность процессом деятельности, получение от него удовлетворения могут стать замещением. «Бегство в работу» может быть связано с неприспособленностью человека к обыденной жизни, ее бытовым требованиям, невозможностью испытывать удовольствие и «маленькие житейские радости». Индивида с аддиктивным поведением в виде трудоголизма тяготит серость и однообразие

жизни, отсутствие «великих потрясений». Моделируя сложности на работе в своей деятельности и преодолевая их, такой человек живет полноценной, по его мнению, жизнью, кардинально отличающейся от реальной.

Сверхценные психологические увлечения в виде активной и пристрастной деятельности могут включать не только профессиональную сферу. Человек может быть трудоголиком на поприще хобби. Например, он может формально ходить на основную работу, добросовестно выполнять ее, не получая удовлетворения, и при этом ориентироваться на иную деятельность (ремонт своего автомобиля, уход за садом, рыболовство, охота, коллекционирование и т. д.).

При сверхценном увлечении азартными играми человек склонен полностью посвящать себя игре, исключая любую иную деятельность. Игра становится самоцелью, а не средством достижения материального благополучия. Увлеченность азартными играми называется **гемблингом.** Выделяются следующие признаки, характерные для гемблинга как разновидности аддиктивного типа девиантного поведения (Ц. П. Короленко, Т. А. Донских):

1) постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в ситуации игры;
2) изменение круга интересов, вытеснение прежних мотиваций игровой деятельности, постоянные мысли об игре, преобладание в воображении ситуаций, связанных с игровыми комбинациями;
3) «потеря контроля», выражающаяся в неспособности прекратить игру как после большого выигрыша, так и после постоянных проигрышей;
4) появление состояний психологического дискомфорта, раздражительности, беспокойства (т. н. «сухой абстиненции») через короткие промежутки времени после очередного участия в игре с труднопреодолимым желанием приступить к игре («игровой драйв»);
5) увеличение частоты участия в игре и стремление ко все более высокому риску;
6) постоянное снижение способности сопротивляться соблазну («снижение игровой толерантности») возобновить игру.

Человек, склонный уходить от реальности в мир игры, выбирает такой вид поведения в связи с неприспособленностью к действительности, обыденности, которая перестает его удовлетворять и радовать. Он ищет в игре азарта и риска, бурных запредельных эмоций, которых не находит в повседневной жизни. Основа аддиктивного поведения в виде гемблинга — феномен «жажды острых ощущений» и, как следствие, высокой степени риска, игры «на грани фола», когда за секунду можно потерять все, что имеешь, или приобрести «весь мир». В подобный вид аддиктивного поведения включаются карточные игры, рулетка, тотализатор и др.

Азартные игры не всегда связаны с денежным риском или риском для жизни. Азарт может быть связан с вымышленным риском при идентификации себя с участниками игр, например компьютерных. Идеями фикс могут становиться спортивные игры, лотереи, разгадывание кроссвордов, а также сексуальные игры.

Особая разновидность сверхценных психологических увлечений — т. н. «паранойя здоровья» — увлеченность оздоровительными мероприятиями. При этом человек в ущерб иным сферам жизнедеятельности (работе, семье) начинает активно заниматься тем или иным способом оздоровления — бегом, особой гимнастикой, дыхательными упражнениями, моржеванием, обливанием ледяной водой, промыванием ноздрей и полости рта соленой водой и пр. Механизмом формирования «паранойи здоровья» является феномен «сдвига мотива на цель», когда из средства достижения здоровья оздоровительные мероприятия превращаются в самоцель, в источник единственного или доминирующего способа получения удовольствий.

Увлечение какой-либо деятельностью, достигающей крайней степени выраженности с формированием культа и создания идолов с полным подчинением человека и «растворением» индивидуальности, носит название фанатизма. Чаще фанатичное отношение формируется в таких сферах, как *религия* (религиозный фанатизм), *спорт* (спортивный фанатизм) и *музыка* (музыкальный фанатизм). В общую характеристику фанатизма входит выработка человеком стереотипа подчинения собственных интересов и устремлений интересам конфессии, команды, музыкального коллектива, сосредоточение внимания и сил на поддержке идола и оказания всемерной и активной помощи, миссионерская деятельность. В рамках девиантного поведения в виде фанатизма человек начинает действовать по психологическим законам группы и ведомого человека, он не способен критично отнестись к высказываниям кумира, идола и осознать отклонения в собственном поведении, которые могут заключаться в отрыве или уходе из семьи, игнорировании работы и пр.

Особое место в психологии девиантного поведения в связи с социально-психологической значимостью последствий занимает *религиозный фанатизм*. Разрушение семей, разрыв родственных и дружеских связей, резкая и кардинальная смена стереотипа жизни человека ставят эту проблему на одно из первых мест по значимости. Наибольший интерес представляет психологический аспект веры, позволяющий анализировать механизмы формирования фанатичного поведения, становление аномалий и отклонений от этно- и социокультурной норм, изучение изменений, происходящих в личности под воздействием религиозной общины.

Характерной особенностью религиозной веры является признание существования сверхъестественного, под которым понимается нечто, не подчиняющееся законам окружающего мира, лежащее «по ту сторону» чувственно воспринимаемых объект.ов. Особую роль играет феномен «избранности», формирующий, с одной стороны, чувство идентификации с группой единомышленников, «посвященных в тайну»; с другой — укрепляющий чувство превосходства над другими (непосвященными) людьми.

Наиболее благоприятной почвой для возникновения отклоняющегося поведения считается сектантство. Последователи христианства считают, что секта — это «организованное общество людей, разномыслящих с... церковью, но согласных друг с другом в религиозном отношении» (Б. А. Любовик). Не существует однозначной трактовки понятия «секта», поскольку межконфессион-

нальное противостояние носит принципиальный характер. По мнению представителей «больших» (старых, склонных к монополизации веры) религий, отличительная черта секты заключается в том, что она в своих воззрениях отличается от главенствующей, не является официальной и широкораспространенной в конкретной стране религией. Подобную точку зрения нельзя признать обоснованной. Можно согласиться с тем, что тоталитарные религиозные секты применяют в своей практике жесткие психологические методы воздействия, что выражается в формировании у человека состояния повышенной внушаемости за счет физического и психического истощения, социальной депривации, использования трансовых состояний и т. д. В нетрадиционных религиях, как правило, большую роль играет эмоционально-психологическая сторона, оттесняющая на задний план вероучение. Это выражается в провозглашении приоритета религиозного переживания. Большое значение придается «боговдохновленной» форме проявления чувств и поведения верующего как свидетельству подлинной и глубокой религиозности человека. Спонтанные проявления религиозных чувств, особенно состояния транса, экстаза, интерпретируются как «просветление», приобщение к божественной реальности, к которым и стремятся адепты религиозной группы (А. Ю. Егорцев).

По мнению В. В. Павлюка, религиозная секта воспитывает у своих членов «реакцию избегания», вследствие которой верующий непроизвольно, как бы автоматически, избегает тех действий, которые не одобряются группой. Привитая в ходе общения и воспитания в религиозной группе такая эмоциональная реакция блокирует возможность отступления от принятых в группе норм. Подкреплением для «реакции избегания» выступают определенные религиозные санкции со стороны группы в целом либо ее лидеров в виде неодобрения, осуждения. Чувство общности, объединенности с другими членами группы может быть весьма реальным психологическим фактором. Угроза применения или пример применения в прошлом мер осуждения, отчуждения вызывает чувство опасения быть отверженным группой и тем самым выступает своеобразным психологическим стражем отступления от регламентированных норм повседневной жизни верующего.

Характерными особенностями воздействия тоталитарных сект на личность считаются (А. Ю. Егорцев):

1) установление жесткого контроля над волей, сознанием и чувствами членов секты (жесткая дисциплина; внушение чувства вины перед организацией; психологическое давление на тех, кто хочет порвать с сектой);
2) формирование психологической зависимости от лидера и организации (подавление способности к критическому мышлению; требование разрыва с критически настроенными людьми; ограничение круга общения только членами секты; отсутствие свободного времени, личной жизни вне общины).

В рамках религиозной секты формирование религиозного фанатизма существенно облегчается, поскольку лидером и самой общиной с помощью длительных и интенсивных психологических воздействий формируется готов-

ность не сомневаться в правильности или неправильности собственного поведения, снимается ответственность за него и как следствие — волевой контроль собственной деятельности. Человек начинает действовать в соответствии с поведенческим шаблоном, навязанным группой.

Одним из актуальных, теоретически и практически значимых является вопрос о личностных особенностях, предрасполагающих к вовлечению индивида в религиозную секту, о соотношении внутренних устремлений личности, религиозной толерантности и необходимой степени активной психологической «вербовки» для становления религиозного фанатизма. Известно, что особую группу риска составляют личности, занятые интенсивными духовными поисками, стремящиеся к «полной и абсолютной Истине» (часто понимаемой как простые и однозначные ответы на сложные вопросы), а также индивиды с художественным складом мышления.

Р. Дж. Лифтон выделяет восемь элементов, приводящих к катастрофическому изменению сознания человека в религиозной группе:

1) контроль окружающей обстановки (среды) — жесткое структурирование окружения, в котором общение регулируется, а допуск к информации строго контролируется;
2) мистическое манипулирование — использование запланированной или подстроенной «спонтанной», «непосредственной» ситуации для придания ей смысла, выгодного манипуляторам. Например, физиологические и психологические изменения при переходе на вегетарианское питание объясняются «нисхождением святого духа»;
3) требование чистоты — четкое деление мира на «чистый» и «нечистый», «хороший» и «плохой». Тоталитарная секта — «хорошая» и «чистая», все остальное — «плохое» и грязное»;
4) культ исповеди — требование непрерывной исповеди и интимных признаний для уничтожения «границ личности» и поддержания чувства вины;
5) «святая наука» — объявление своей догмы абсолютной, полной и вечной истиной. Любая информация, которая противоречит этой абсолютной истине, считается ложной;
6) нагруженный (культовым смыслом) язык — создание специального клишированного словаря внутригруппового общения с целью устранения самой основы для самостоятельного и критического мышления;
7) доктрина выше личности — доктрина более реальна и истинна, чем личность и ее индивидуальный опыт;
8) разделение существования — члены группы имеют право на жизнь и существование, остальные — нет, то есть «цель оправдывает любые средства».

По мнению Е. Н. Волкова, личность в культе переживает и проживает не свой индивидуальный, а групповой «опыт», отсюда — сильная зависимость от групповых процессов. Ответственность за принятие решений переносится с конкретной личности на группу, поэтому самые нелепые и странные реше-

ния воспринимаются и выполняются рядовыми членами как должное. В процессе приобщения человека к групповым нормам тоталитарной секты происходит формирование феномена «удвоения» личности (Р. Лифтон), сутью которого является разделение «Я» индивида на две независимо функционирующие системы. При этом люди не испытывают чувства эмоционального дискомфорта или неустойчивости. Они не склонны к критическому осмыслению собственного положения и способны совершать какие-либо поступки при ослабленном волевом контроле.

Разделение происходит потому, что в определенный момент член культовой группы сталкивается с тем фактом, что его новое поведение несовместимо с докультовым «Я». Поведение, требуемое и вознаграждаемое тоталитарной группой, настолько отличается от «старого „Я"», что обычной психологической защиты (рационализации, вытеснения и т. п.) недостаточно для жизненного функционирования. Все мысли, убеждения, действия, чувства и роли, связанные с пребыванием в деструктивном культе, организуются в независимую систему, частичное «Я», которое полностью согласуется с требованиями данной группы, но происходит это не по свободному выбору личности, а как инстинктивная реакция самосохранения в почти невыносимых — психологически — условиях (Е. Н. Волков).

Исследования Р. Лифтона привели к пониманию того факта, что практически каждая личность в условиях массированного группового давления и манипулирования базисными человеческими потребностями способна к формированию девиантного поведения в виде религиозного фанатизма. Предрасполагающими к этому факторами могут стать низкая коммуникативная толерантность, семейные традиции магического и мистического мышления, некоторые характерологические и личностные особенности.

Под влиянием психологических воздействий тоталитарной секты у человека со сформировавшимся девиантным поведением, в первую очередь, происходит изменение всех четырех формальных признаков сознания (по К. Ясперсу). У него нарушается: 1) чувство деятельности — осознание себя в качестве активного существа; 2) осознание собственного единства: в каждый данный момент я сознаю, что я един; 3) осознание собственной идентичности: я остаюсь тем, кем был всегда; 4) осознание того, что «Я» отлично от остального мира, от всего, что не является «Я».

Многообразие психических феноменов, возникающих в результате пребывания человека под культовым контролем и кардинально изменяющих его поведение в сторону аномалий и девиаций, можно сгруппировать в следующие блоки (рис. 17).

.*Блок изменения сознания и самосознания* (нарушение самосознания и идентичности личности).

2. *Блок аффективных феноменов-расстройств* (психопатологические эмоциональные состояния (переживания) в рамках посттравматического стрессового расстройства: депрессия, панические атаки, навязчивые воспоминания и сны и т. д.).

3. *Блок инверсии двигательно-волевой сферы* (снижение волевой активнос-

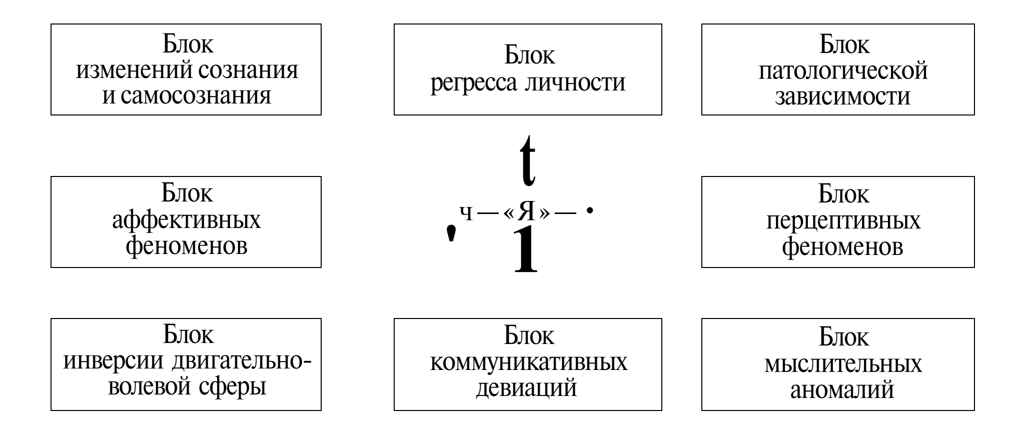


Рис. 17. Блоки психических феноменов

ти (апатия), способности контролировать свою деятельность, утрата спонтанности и естественности).

4. *Блок патологической зависимости* (формирование психологической зависимости от религиозной группы, утрата способности быть ответственным за что-либо и автономным в принятии решений).
5. *Блок регресса личности* (остановка интеллектуального, когнитивного, эмоционального, нравственного развития, сопровождающаяся развитием психического инфантилизма).
6. *Блок перцептивных феноменов* (иллюзии, галлюцинации, нарушения схемы тела, восприятия времени).
7. *Блок мыслительных аномалий* (использование т. н. аффективной логики, утрата критичности, склонность к образованию сверхценных и бредовых идей).
8. *Блок коммуникативных девиаций* (замкнутость, отчужденность, аутизация, неспособность устанавливать доверительные отношения, утрата эмпатичности и навыков социального общения).

Мотивы отрыва человека от реальности и ухода в группу (религиозную, спортивных или музыкальных фанатов), подчинения себя идее и лидеру могут быть различными. Одним из мотивов могут стать психологические проблемы, с которыми индивид справиться самостоятельно не способен или считает, что не способен. Как правило, данный мотив основывается на психопатологических симптомах и синдромах, патологии характера или внутриличностном невротическом конфликте. Его уход в группу фанатиков обусловлен снятием с себя ответственности за принятие решений по многим жизненным проблемам, желанием стать ведомым, искоренить в себе сомнения и неуверенность. Другим мотивом фанатичного поведения в группе может быть стремление уйти от однообразной, не вызывающей радости и эмоционального отклика реальности. Кумир, идол, идея, ритуал, причастность к какой-либо тайне или социальной группе, обретение новых переживаний становятся своеобразными аддиктами.

К сверхценным психологическим увлечениям при девиантном поведении относится деятельность, посвященная проповедованию тех или иных мистических традиций, эмоциональная поглощенность и **следование традициям экстрасенсорики и эзотерики.** Суть подобного девиантного поведения — убежденность в том, что действиями, переживаниями и даже сознанием человека управляют «неведомые силы». Адепты экстрасенсорики убеждены в существовании «сверхъестественных» феноменов и процессов, вызывающих те или иные болезненные патологические проявления индивида на уровне соматики или психики. Основой парапсихологических воззрений становятся остающиеся нераспознанными феномены психической деятельности человека, которые трактуются как *экстрасенсорные, биоэнергетические.* По мнению А. П. Дуброва и В. Н. Пушкина, *биогравитация* — это способность человека создавать, излучать и воспринимать определенный вид физического поля, имеющего специфическую квантово-импульсную природу, сходную с гравитацией, и в то же время имеющие свои «особые черты».

Все обоснования существования биоэнергетики в настоящее время носят гипотетический характер и поэтому могут рассматриваться лишь как одна из версий возможной трактовки происходящих в человеке психических и психосоматических процессов и не могут приниматься за факты. Лица, поведение которых базируется на парапсихологических воззрениях и постулатах экстрасенсорики, не принимают во внимание принципиально важное научное мировоззрение и способ доказательства чего бы то ни было в сфере познания. Они настаивают и в этом вопросе на привлечении к анализу ненаучных методов и способов анализа действительности.

Отклоняющееся поведение, базирующееся на традициях экстрасенсорики, можно разделить на *пассивный и активный* варианты. При пассивном варианте человек, разделяя экстрасенсорные традиции осмысления действительности и, в частности, межличностных отношений (любви, верности, зависти и др.), лечения болезненных проявлений (порча, сглаз и др.), прибегает к помощи практикующих экстрасенсов лишь в случаях возникновения семейных (партнерских, сексуальных) проблем или болезней. При активном варианте человек с определенного момента начинает ощущать в себе необычные способности («прозревает») и изменяет весь стиль поведения, стараясь максимально использовать «новые качества его личности». В некоторых случаях человек начинает ощущать в себе способности прогнозировать течение и исход событий (ясновидение и провидение), в других — начинает осознавать лечебные и оздоровительные качества своих действий. Нередко такой человек отказывается от прежних привычек и поведенческих стереотипов. Он способен бросить любимую работу, уйти из семьи и «помогать страждущим». Его воззрения в возможность исцелять людей превращается в стойкую непоколебимую убежденность, не требующую доказательств. Критика его способностей со стороны окружающих либо игнорируется им, либо встречает сопротивление, когда «экстрасенс» начинает активно противостоять официальной медицине.

Девиантное поведение, основанное на увлечении экстрасенсорикой и эзотерикой, может базироваться как на характерологических особенностях, так

и на психопатологических симптомах и синдромах (мы не рассматриваем варианты сходного по форме псевдодевиантного поведения, основанного на попытке извлечь выгоду из заблуждений людей).

-

СВЕРХЦЕННЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УВЛЕЧЕНИЯ

В отличие от психологических, при психопатологических сверхценных увлечениях источником повышенного интереса и пристрастного отношения становятся нетрадиционные для большинства людей предметы, явления или сферы деятельности. Например, это может быть коллекционирование собственных «козявок» или обстриженных ногтей, выделений из юношеских угрей, увлечение в виде записывания номеров проезжающих машин или подсчитывания количества окон в домах.

Синдром «философической интоксикации» встречается, как правило, у подростков при шизофрении. В качестве своеобразного увлечения выступает повышенный интерес к философской, теософской и психологической литературе с настоятельной потребностью анализировать происходящие вокруг индивида события, а также собственный внутренний мир. Пациент начинает анализировать механизмы автоматизированных действий, мотивы поступков окружающих людей, собственные реакции, используя философско-психологическую терминологию, неологизмы. Он перестает адекватно воспринимать мир и реальность, пытаясь все втиснуть в схему, склонен обсуждать собственные «открытия» с друзьями, сверстниками и взрослыми, записывать свои мысли, читать огромный объем соответствующей литературы. Поведение человека с синдромом «философической интоксикации» носит навязчивый для окружающих характер. Близкие люди отмечают чудаковатость в поведении подростка, нежелание и неумение решать обычные житейские проблемы в связи с их постоянным философским осмыслением и склонностью теоретизировать по любому поводу.

Сверхценные психопатологические увлечения могут носить характер **доминирующих (сверхценных) или бредовых идей,** таких, например, как *идеи высокого происхождения, чужих родителей, эротического отношения, реформаторства и изобретательства,* которые способны существенно изменять поведение человека. При идеях высокого происхождения индивид, будучи убежденным в том, что фактически он происходит из знатного рода, богачей, политических деятелей, стремится доказать это на практике. Он ведет себя надменно, переполнен гордостью за себя и кичится высоким происхождением. Идеи чужих родителей выдвигаются на основании искаженного болезненного восприятия и интерпретации событий («Я не похож на родителей», «Никогда не видела фотографий матери в состоянии беременности»). При идеях эроти-

ческого содержания человек убежден, что один из окружающих (чаще начальник, известный политик, артист или человек, которому симпатизируют многие) тайно влюблен в него и иногда дает об этом знать в виде особых форм поведения, движений, жестов. Идеи реформаторства и изобретательства проявляются в убежденности сделанных индивидом больших открытий, способных изменить общественное развитие или судьбу отдельного человека и принести пользу многим.

Особым видом отклоняющегося поведения можно назвать патологическое увлечение человеком **сутяжнической деятельностью, кверулянтством.** Характерным оказывается непреодолимое желание жаловаться в различные инстанции и по любому поводу. Кверулянт — это человек с повышенным чувством справедливости, желающий добиться правды даже в мелочах, однако не соизмеряющий реальные негативные факты и способы борьбы с ними. Так, например, кверулянт способен долгие годы «забрасывать» письмами министерства или президента с сообщением о плохом освещении в его подъезде или мусоре, который не убирается с проезжей части дороги, проходящей под его окнами. Кверулянт склонен обращать любые жалобы в письменную форму, пытаться «всех вывести на чистую воду», направляя свои претензии в высокие инстанции.

К данной группе девиантного поведения относят расстройства влечений, которые способны привести к внутренней дезорганизации личности, а также к существенным внешним проявлениям дисгармонии. Описывается следующая группировка расстройств влечений (В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин):

Разница между понятиями «увлечение» и «влечение» заключается в том, что увлечение характеризуется осознанностью цели и мотива, интеллектуализированными эмоциями, их динамика непрерывна, а не приступообразна, они возникают не импульсивно, а лишь после тяжелой борьбы мотивов. Влечения же обладают противоположными характеристиками, однако при усилении патологичности увлечений могут появляться признаки, сближающие увлечения с влечениями.

К расстройствам влечений, которые проявляются выраженными отклонениями в поведении, традиционно относят *клептоманию, пироманию, дромоманию, дипсоманию.* **Клептомания** характеризуется труднопреодолимым стремлением индивида совершать кражи. Следует отличать делинквентное

Табл и ца 7

Группировка расстройств влечений

Первичные (истинные)	Вторичные	Спаянные с личностью
1) одолимые; 2) неодолимые: • насильственные; • навязчивые; 3) импульсивные.	рефлекторно зафиксированные: • стойкие (навязчивые, насильственные, псевдоимпульсивные); • транзиторные.	1) приближающиеся к первичным; 2) приближающиеся к вторичным.

стремление воровать и клептоманию, сутью которой не является приобретение путем кражи какой-либо веши. Самоцелью становится процесс воровства и связанный с ним риск. Выделяют две формы клептомании: аддиктивную и психопатологическую. При аддиктивной клептомания выступает эмоционально насыщенным поступком, совершение которого направлено на выведение себя из состояния безэмоциональности, скуки и неудовлетворяющей размеренности течения жизни. Она совершается с целью «встряхнуться», почувствовать жизнь «во всех красках». При этом выбирается один из самых рискованных способов воровства, когда человек может быть застигнут за совершением кражи и ему может грозить какое-либо наказание. При психопатологической форме клептомания становится клиническим признаком и, в отличие от аддиктивной, проявляется импульсивно, ей предшествует дисфорический эпизод. Обычно клептомания входит в структуру патологических черт характера. **Пироманией** называется непреодолимое влечение к совершению поджогов, **дромоманией** — к бродяжничеству, **дипсоманией** — к запоям.

К рассматриваемой группе девиаций можно отнести навязчивости в виде ритуальных действий, являющихся своеобразной зашитой от невротических симптомов (тревоги, страха, беспокойства). **Навязчивые** ритуалы — это труднопреодолимые двигательные акты, выполняемые вопреки воле и внутреннему сопротивлению индивида, символически выражающие надежду предотвратить предполагаемое несчастье. Клинически они представлены разнообразными формами, формирование которых зависит от: а) структуры психопатологического синдрома, зашитой от которого являются ритуалы, б) этнокультурных особенностей человека, в) специфики ситуации и предоставляемых ею возможностей совершения ритуала. Наиболее частые формы ритуалов при нозофобиях (навязчивом страхе заболеть какой-либо болезнью): мытье рук, дезинфицирование посуды, ношение специальных масок или очков; при тревоге по поводу предполагаемых несчастий — ритуал ношения сумки пряжкой внутрь или наружу, запрет наступать на трещины в асфальте. Иногда ритуалы приобретают более сложные формы, например, человек с тревожно-ипохондрическим синдромом, опасающийся внезапного развития инфаркта миокарда, строит свой маршрут по городу, основываясь на факте наличия медицинских учреждений по ходу следования. При невротических и шизофренических расстройствах ритуалы нередко приобретают причудливую форму — «при выходе из дома трижды открывать и закрывать дверь, чтобы не попасть под машину», «топнуть сначала пяткой правой ноги, затем стукнуть носком левой ноги о землю, для того чтобы избежать встречи с недоброжелателем», «выйти из вагона трамвая через переднюю дверь, чтобы затем не столкнуть родную мать под машину».

Девиантное поведение при расстройстве влечений может проявляться специфическими **двигательными привычками (патологическими привычными действиями):** *яктацией* (раскачиванием головой или всем туловишем), *онихофагией* (обкусыванием или жеванием ногтей), *сосанием пальца, ковырянием в носу, манерным щелчком пальцем, накручиванием волос* и др.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Стереотипизация реакций человека на те или иные значимые события приводит к формированию т. н. характерологических или патохарактерологических паттернов. По мнению А. Е. Личко, патологическая реакция отличается от вариантов нормального поведения следующими параметрами: 1) склонностью к генерализации, то есть способностью возникать в самых различных ситуациях и вызываться самыми различными, в том числе неадекватными, поводами; 2) склонностью приобретать свойство патологического стереотипа, повторяя как клише по разным поводам один и тот же поступок; 3) склонностью превышать «потолок» нарушения поведения, никогда не превышаемый той группой, к которой он принадлежит; 4) склонностью приводить к социальной дезадаптации.

Описаны следующие типы реакций: отказа, оппозиции, имитации, компенсации, гиперкомпенсации, эмансипации, группирования со сверстниками и др. *Реакция отказа* проявляется отсутствием или снижением стремления к контактам с окружающими. Такие люди отличаются малообщительностью, страхом перед новым, стремлением к уединению. Реакция отказа часто возникает у детей при отрыве их от родителей, привычной обстановки. *Реакция оппозиции* разделяется на активную и пассивную оппозицию. Активная характеризуется нарочитой грубостью, непослушанием, неподчинением, вызывающим поведением и эпатажем окружающих и «виновников» реакции. Она может сопровождаться агрессивными действиями в виде нецензурной брани, угроз и иных вербальных проявлений агрессии, а также в виде физического воздействия. Пассивная — в виде негативизма, мутизма, отказа от выполнения требований и поручений, замкнутости при отсутствии агрессивных действий. *Реакции имитации* характеризуются стремлением во всем подражать определенному лицу или образу. Чаще всего в качестве идеала для подражания выбирают авторитетного или известного человека, литературного героя. *Реакция компенсации* выражается в стремлении скрыть или восполнить собственную несостоятельность в одной области деятельности успехом в другой. Известным фактом является более высокий средний уровень интеллектуального развития детей, страдающих какими-либо незначительными недугами или имеющими физические дефекты. *Реакция гиперкомпенсации* выражается в стремлении добиться высоких результатов именно в той области, в которой человек оказался несостоятельным. В основе *реакции эмансипации* лежит потребность в независимости и самостоятельности, отказ от опеки, протест против установленных правил и порядков. У взрослых она может проявляться в виде приобщения к движению за права национальных или сексуальных меньшинств, феминисток и т. д. *Реакция группирования* носит часто инстинктивный характер, однако она может возникать и на основе психологических факторов: в частности, в группе человек ищет защиты, снятия ответственности и пр.

В рамках патохарактерологического типа девиантного поведения выделяют отклоняющиеся поведенческие паттерны, базирующиеся на конституциональных факторах и сформированные в процессе индивидуального развития. Они обозначаются **личностными расстройствами (психопатическим поведением,** в устаревшей терминологии). В соответствии с диагностическими критериями, предложенными Международной классификацией психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10), к личностным расстройствам причисляют «глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, проявляющиеся ригидными ответными реакциями на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций в виде чрезмерных либо существенно отклоняющихся от обычного образа жизни особенностей восприятия, мышления, чувствования и, особенно, интерперсональных отношений. Личностные расстройства представляют собой онтогенетические состояния, возникающие в детстве и подростковом возрасте и сохраняющиеся в период зрелости. Они не являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству или заболеванию». Выделяют следующие личностные расстройства:

1) параноидное;
2) шизоидное;
3) диссоциальное;
4) эмоционально неустойчивое;
5) истерическое;
6) ананкастное (обсессивно-компульсивное);
7) тревожное (уклоняющееся);
8) зависимое.

Параноидное расстройство личности характеризуется: 1) чрезмерной чувствительностью к неудачам и отказам; 2) тенденцией постоянно быть недовольным кем-то, то есть отказом прощать оскорбления, причинением ущерба и отношением свысока; 3) подозрительностью и общей тенденцией к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или презрительных; 4) воинственно-щепетильным отношением к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации; 5) возобновляющимися неоправданными подозрениями относительно сексуальной верности супруга или полового партнера; 6) тенденцией к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет; 7) охваченностью несуществующими «законспирированными» толкованиями событий, происходящих с данной личностью или, по большому счету, в мире.

Разновидностями параноидного расстройства личности могут быть: фанатичное, экспансивно-параноидное, сенситивно-параноидное и кверулянтное.

Шизоидное расстройство личности должно удовлетворять следующему описанию: 1) мало что доставляет удовольствие или вообще ничего; 2) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная эффективность; 3) неспо-

собность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев; 4) слабая ответная реакция как на похвалу, так и на критику; 5) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом; 6) повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией; 7) почти неизменное предпочтение уединенной деятельности; 8) заметная нечуткость к превалирующим социальным нормам и условиям; 9) отсутствие близких друзей или доверительных связей и желания иметь такие связи.

Диссоциальное расстройство личности выражается грубым несоответствием между поведением и господствующими нормами и характеризуется: 1) бессердечным равнодушием к чувствам других; 2) грубой и стойкой позицией безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями; 3) неспособностью поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении; 4) крайне низкой толерантностью к фрустрациям, а также низким порогом разряда агрессии, включая насилие; 5) неспособностью испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно из наказания; 6) выраженной склонностью обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

К диссоциальному личностному расстройству относят социопатическое, аморальное, асоциальное, антисоциальное, психопатическое расстройства.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности характеризуется повышенной импульсивностью без учета последствий, неустойчивостью настроения, сниженной способностью планировать собственную деятельность. Выделяются две разновидности этого личностного расстройства: импульсивный и пограничный типы. При первом преобладает эмоциональная неустойчивость и импульсивность, при втором, наряду с эмоциональной лабильностью, отмечается нарушение образа «Я», намерений и внутренних предпочтений человека.

Истерическое расстройство личности характеризуется: 1) самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций; 2) внушаемостью, легким влиянием окружающих или обстоятельств; 3) поверхностностью и лабильностью эмоциональности; 4) постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой человек находился бы в центре внимания; 5) неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении; 6) чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью.

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности проявляется: 1) чрезмерной склонностью к сомнениям и осторожности; 2) озабоченностью деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками; 3) перфекционизмом (стремлением к совершенству), препятствующему завершению задач; 4) чрезмерной добросовестностью, скрупулезностью и неадекватной озабоченностью продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям; 5) повышенной педантичностью и приверженностью социальным условностям; 6) ригидностью и упрямством; 7) необоснованными настойчивыми требованиями того, чтобы другие все делали в точ-

ности как сам человек, или неблагоразумным нежеланием позволять выполнять что-либо другим людям; 8) возникновением настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности характеризуется: 1) постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями; 2) представлениями о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим; 3) повышенной озабоченностью критикой в свой адрес или непринятием в социальных ситуациях; 4) нежеланием вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться; 5) ограниченностью жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности; 6) уклонением от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критицизма, неодобрения или отвержения.

Зависимое расстройство личности включает: 1) активное или пассивное перекладывание на других большей части важных решений в своей жизни; 2) подчинение собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит человек, и неадекватную податливость их желаниям; 3) нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивид находится в зависимости; 4) чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни; 5) страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе; 6) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадриваний со стороны других лиц.

К зависимому относят астеническое, неадекватное, пассивное и пораженческое личностные расстройства.

Расстройства личности (психопатии), входящие в патохарактерологический тип девиантного поведения, являются патологическим продолжением т. н. характерологических паттернов (табл. 8).

Таблица 8

Соотношение характерологических особенностей и личностных расстройств

Характерологические особенности	Личностное расстройство
Истерические	Истерическое
Шизоидные	Шизоидное
Эпилептоидные	Диссоциальное Эмоционально неустойчивое
Психастенические	Ананкастное Тревожное
Астенические	Зависимое
Паранойяльные	Параноидное

КОММУНИКАТИВНЫЕ ДЕВИАЦИИ

Отклоняющееся поведение может захватывать исключительно сферу общения, не проявляясь иными изменениями. При этом человек вступает в противоречие с реальностью, но активно не противостоит ей. Наиболее известными коммуникативными девиациями считаются такие, как *аутистическое поведение (выбор одиночества, аскетизма, отшельничества), конформное поведение, гиперобщительность, вербальное поведение с преобладанием псевдологии, фобическое поведение, ревность, нигилизм, крусадерство, т. н. вегетативность* и пр.

Считается, что человек при помощи разнообразных коммуникативных средств в рамках девиаций стремится «бежать от свободы» (по Э. Фромму). В одних случаях бегство приводит к аутистическому паттерну поведения, в других — к гиперобщительности, в третьих — к конформизму и т. д. Сутью бегства от свободы и становления отклонений в поведении становится осознанное или неосознанное стремление уклониться от конструктивного анализа и переживания основополагающих экзистенциальных ценностей, базисных проблем существования индивида с целью избежать тревоги, страха и неопределенности. И. Ялом причисляет к таким базисным проблемам страх смерти, осознание необходимости и возможности свободы, а следовательно, и ответственности, а также смысл существования и единения / изоляции.

Коммуникативные девиации позволяют человеку не решать экзистенциальные проблемы, а существовать вне их. Выбор одного из аномальных (аддиктивных) способов взаимоотношения с окружающим миром как бы автоматически снимает необходимость предпринимать какие-либо меры по устранению экзистеницичальной тревоги. По Ж. Сартру, человек полностью ответственен не только за свои действия, но и за свою неспособность действовать. То есть можно утверждать, что выбор того или иного девиантного стиля коммуникативного поведения опосредован желаниями, стремлениями и потребностями индивида, чаще осознаваемыми, чем неосознаваемыми. В равной степени и аутизация в виде необщительности и нелюдимости (отрешение от мира), и гиперобщительность являются способами преодоления экзистенциальной тревоги.

Аутистическое поведение характеризуется отсутствием приспособления к действительности и требованиям повседневной жизни с уходом в мир фантазий, мечтаний, отказом от общения и выбором одиночества.

Можно выделить две разновидности аутистического поведения: первичный и вторичный аутизм. К первичному аутизму причисляется *синдром раннего детского аутизма,* возникающий в младенчестве и являющийся признаком патохарактерологического или психопатологического типов девиантного поведения. Вторичное аутистическое поведение формируется у взрослого после периода нормативного взаимодействия с миром.

Общепринятыми клиническими критериями синдрома раннего детского аутизма являются (К. С. Лебединская, О. С. Никольская):

1) одиночество, замкнутость и отчужденность ребенка (собственно аутизм);
2) нарушение эмоциональной связи даже с самыми близкими людьми;
3) стереотипность поведения (двигательных актов, поступков и пр.);
4) консерватизм во взаимодействиях с окружающими (ригидность отношений, негибкость при выборе тактики и стратегии поведения);
5) страх изменений;
6) речевое недоразвитие (малоразговорчивость, склонность использовать неологизмы);
7) специфическое неравномерное развитие интеллектуальных способностей.

Л. Каннер, описавший этот синдром, считал, что его основными признаками являются выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, отгороженность от внешнего мира, слабость эмоционального реагирования по отношению к близким вплоть до полного безразличия к ним (т. н. «аффективная блокада»), неспособность дифференцировать людей и одушевленные предметы (т. н. «протодиакризис»), недостаточность реакций на длительные слуховые и зрительные раздражители, придающее таким детям сходство со слепыми и глухими, приверженность к сохранению неизменности окружающего («феномен тождества»), боязнь всего нового (неофобия), однообразное поведение со склонностью к примитивным однотипным движениям (вращению кистей рук перед глазами, перебирание пальцами, пронация — супинация и сгибание — разгибание кистей и предплечий, раскачивание туловищем или головой), а также разнообразные расстройства речи, различающиеся при разных вариантах. Наряду с перечисленными, характерными считаются изменения зрительного поведения: непереносимость взгляда людей, «бегающий взгляд», взгляд мимо или «сквозь людей», а также своеобразные проявления произвольных движений, их угловатость и несоразмерность, неуклюжая походка, отсутствие содружественных движений, бедность мимики, запаздывание развития навыка самообслуживания. По мнению В. И. Башиной, для таких детей характерно нарушение чувства самосохранения, сочетание «феномена тождества» и сверхосторожности.

Вторичный аутизм, или аутистическое поведение, у взрослого человека может возникать после т. н. событий, выходящих за рамки жизненного опыта, нередко в структуре посттравматического стрессового расстройства. В качестве провоцирующих событий способны выступить катастрофы, стихийные бедствия, участие в боевых действиях, а также угрожающие для жизни человека события (нахождение в заложниках, тяжелая продолжительная болезнь, тюремное заключение). Важным является фактор длительности воздействия психотравмирующего фактора: чем оно продолжительнее, тем более вероятно развитие аутистического поведения, которое характеризуется склонностью человека избегать или максимально ограничить количество контактов, нежеланием общаться даже с хорошо знакомыми и близкими людьми, стремлением чаще быть в одиночестве. В отличие от первичного аутизма,

при котором наряду с собственно аутизацией (замкнутостью, отгороженностью от мира, нелюдимостью) имеет место эмоциональная холодность, вторичный аутизм проявляется эмотивностью, повышенной чувствительностью, сентиментальностью, ранимостью. Человек, перенесший жизненноопасные события и уединившийся от мира, нередко склонен повторно ярко переживать происшедшие события. Его беспокоят навязчивые воспоминания и сны о трагедии, собственных страданиях и мучениях близких людей.

Аутистическое поведение часто сопровождается возникновением чувства бессмысленности существования, бесполезности любой деятельности, названной И. Яломом «вегетативностью». При этом человек погружается в переживание бесцельности и апатии. И. Ялом выделяет три компонента *вегетативности:* когнитивный, аффективный и поведенческий. Они сочетают в себе хроническую неспособность индивида поверить в полезность или ценность какого-либо жизненного усилия, глубокую скуку, перемежающуюся с эпизодическими депрессиями, колебаниями активности и отсутствием избирательности поведения. Для человека становится несущественным, чем он занят и занят ли чем-нибудь вообще. По мнению В. Франкла, в основе подобного отклоняющегося поведения, которое он обозначил как ноогенный невроз, лежит психологический «страх пустоты», когда «экзистенциальный вакуум заполняется симптомами».

Одним из важных признаков аутистического поведения является невовлеченность человека в процесс повседневной жизни в связи с исчезнувшим смыслом его существования. Поведение характеризуется также ангедонией — неспособностью испытывать чувство радости, удовольствия, удовлетворения. Индивид ощущает себя вне потока жизни, в полной эмоциональной и экзистенциальной изоляции. При этом говорят о межличностной и внутриличностной изоляции. Первая характеризуется изоляцией от других, вторая — от самого себя. Первая может не приносить тягостных негативных переживаний, для второй типичен различной степени выраженности эмоциональный дискомфорт. К девиантным формам поведения могут быть отнесены обе перечисленные разновидности изоляции, в одном случае в силу нарушения коммуникативных норм (жизни вне человеческого сообщества, а следовательно — социальной дезадаптации), в другом — вследствие нарушения процесса самоактуализации и наличия состояния длительного психоэмоционального дискомфорта).

Одиночество — это не только самоизоляция, ограничение контактов и внутренняя направленность интересов, это еще и эмоциональное подкрепление ухода от действительности. Именно на основании эмоциональной самооценки возможно разделение одиночества на гармоничное и дисгармоничное, то есть сопровождающееся негативными переживаниями по поводу изоляции и отсутствия контактов или принимающееся безэмоционально и неоценочно, как данность, положение вне общества и контактов. Первое следует обозначить как собственно одиночество, второе — как психопатологический аутизм. Таким образом, понятие одиночества включает и переживание его, а аутизм — чисто внешние признаки одиночества и изоляции.

У. Колбел различал четыре типа одиночества: 1) позитивный внутренний тип («гордое одиночество»), переживаемый как необходимое средство раскрытия новых форм свободы или новых форм общения с другими людьми; 2) негативный внутренний тип, переживаемый как отчуждение от своего «Я» и от других людей, чувство отчужденности, даже в окружении других людей; 3) позитивный внешний тип, наличествующий в ситуации физического уединения, когда ведутся поиски нового позитивного опыта; 4) негативный внешний тип, наличествующий в том случае, когда внешние обстоятельства (смерть партнера, потеря контакта) ведут к весьма негативным ощущениям одиночества.

Одиночество как разновидность девиантного поведения формируется в связи с множеством факторов. Возможно появление тягостного чувства одиночества и непонимания со стороны окружения при невротических и иных психопатологических расстройствах, в частности при депрессии. Переживание собственной никчемности и одиночества может входить в структуру акцентуаций характера (по дистимному или сенситивному типу). Д. Перлман и Л. Пепло обнаружили при научном анализе восемь подходов к оценке формирования одиночества (табл. 9).

Противоположностью аутистического поведения выступает **гиперобщительность,** характеризующаяся повышенной потребностью в общении, желанием разговаривать и взаимодействовать со многими партнерами по коммуникации и в течение максимально возможного времени. Девиацией у такого человека становится неумение даже короткое время находиться в одиночестве, вне общества. Гиперобщительность сопряжена с болтливостью, многоречивостью, а иногда и хронической манией — состоянием длительного повышения настроения, сочетающимся с неумением структурировать время, с беспечностью, безответственностью, необязательностью. Отклоняющееся поведение затрагивает свободу окружающих, поскольку конфликты у такого индивида происходят из-за его неумения и нежелания слушать собеседника.

Конформистское поведение выражается в склонности приспосабливаться к любому окружению, к любым точкам зрения и мировоззрению, жить не собственными интересами, а схемами, придуманными в обществе, игнорировать или не иметь своего взгляда на происходящие события. Конформист — это человек без свойств. Основная его способность — быть незаметным, «как все», не проявлять никаких реакций, которые могли бы отличаться от общепринятых и традиционных, полная подчиняемость без внутренней борьбы. Удовлетворение такому индивиду приносит попадание в резонанс с общими интересами, привычками, навыками. Он склонен использовать поведенческие и речевые штампы: одеваться по форме, трафаретно говорить, используя, например, бюрократический язык.

Особой разновидностью коммуникативныхдевиаций считается поведение, при котором человек руководствуется **псевдологией.** При данной форме отклоняющегося поведения человек склонен активно и часто использовать ложные (неправдивые) высказывания. Он лжет не ради получения какой-либо выгоды, а с целью привлечения к собственной персоне внимания или для провоцирования окружающих. Псевдологическое поведение может иметь

Таблица 9

Подходы к оценке формирования одиночества

Теория	Психодинамическая	Феноменологическая	Экзистенциальная	Социологическая	Интеракционистская	Когнитивная	Интимистская	Системная
База теории	Клиника	Клиника	Клиника	Социол. анализ	Клиника	Теория	Ттеория	Теория
Природа одиночества положительная; нормальная или патологическая	 Нет Патологическая	 Нет Патологическая	 Да Универсальная	 Нет Нормативная	 Нет Нормальная	 Нет Нормальная	 Нет Нормальная	 Да Нормальная
Причины: в личности или ситуации; исторические и в детстве или в настоящем	 В личности В детстве	 В личности В настоящем	 В условиях человеческого бытия На протяжении всей жизни	 В обществе И то и другое	 И то и другое В настоящем	 И то и другое В настоящем	 И то и другое В настоящем	 И то и другое В настоящем

аддиктивный или патохарактерологический оттенок. Выгода заключается в изменении своего психологического состояния (получение удовлетворения от признания и привлечения внимания, радости от введения в заблуждение или запутывания собеседника, успокоения от причинения партнеру вреда).

К коммуникативным девиациям относится **крусадерство,** или идеологический авантюризм, характеризующийся чрезмерной склонностью выискивать для себя эффектные и важные предприятия, чтобы затем погрузиться в них с головой (С. Мадди). Такие индивиды хватаются за любой повод для того, чтобы «выйти на улицу», стать сторонником какого-нибудь социального движения и активно участвовать в деятельности общественных организаций. Считается, что крусадерство базируется на обостренном чувстве бессмысленности существования, которое заполняется погружением человека в активную деятельность («ложное центрирование», по Д. Пайку).

Нередко наблюдаемой коммуникативной девиацией считается **нигилизм.** Его отличительной чертой является активная, всепроникающая склонность дискредитировать деятельность, имеющую смысл для других (И. Ялом). Такой человек склонен подвергать критике с позиции постижения смысла любые поступки и устремления окружающих. Для него характерна «идеологическая пассивность», маскирующаяся под глубинный экзистенциальный анализ. При нигилистическом поведении индивид часто отказывается от любой деятельности, рекламируемой другими, саркастически и иронично относясь к стремлениям окружающих достичь в ней успехов.

Одной из наиболее часто встречающихся коммуникативныхдевиаций считается **фобическое поведение,** которое может иметь как психопатологический, так и психологический характер. К различиям невротического и обыденного фобического поведения относят: *степень адекватности ситуации* (при невротическом пациент страшится маловероятных событий); *степень социальной дезадаптации* (при невротическом она существенно выражена, приводя к ограничительному или ритуальному поведению); *степень внутриличностной дезадаптации* (при невротическом она способствует формированию дисгармонии и т. н. психологических комплексов); *сочетание с иными психопатологическими симптомами,* в частности с вегетативными (встречается при невротическом фобическом поведении).

Фобическое поведение характеризуется выбором стиля взаимодействия с окружающим миром, исходя из какого-либо реально обоснованного или необоснованного навязчивого страха (фобии). Оно может носить характер ритуального поведения, которое выступает в качестве психологической защиты от страха. Например, навязчивый страх тяжелой болезни вследствие заражения может сформировать фобическое ритуальное поведение в виде навязчивого мытья рук. Или навязчивый страх смерти может определить становление стереотипного включения и выключения определенное количество раз света в комнате.

Источником и фабулой фобического поведения могут служить разнообразные предметы и явления окружающего мира. Фобии составляют самую многочисленную группу навязчивых состояний. Насчитывается более

300 форм навязчивых страхов (см. тезаурус в приложении). Наиболее известны социальные фобии, суть которых заключается в навязчивом страхе привлечь внимание окружающих или совершить что-то, что могло бы вызвать неудовольствие со стороны участников коммуникации. К таким *социофобиям* относят: страх покраснения при людях (эрейтофобия), страх показаться смешным (скопофобия), страх неудержания газов в кишечнике или страх рвоты в обществе, страх рассмеяться на похоронах или в неподходящем месте, страх выкрикнуть бранное слово в аудитории и т. д. Нередко встречаются *нозофобии* — навязчивые страхи заболеть какой-либо болезнью: инфарктом миокарда (кардиофобия), раком (канцерофобия), сифилисом (сифилофобия), СПИДом (спидофобия), страх сойти с ума (лиссофобия), получить запредельную дозу облучения. Особые виды фобий — *агорафобия* и *клаустрофобия,* являющиеся по сути метафобиями, то есть навязчивым страхом, возникающим вследствие существования у человека иных фобий. При агорафобии навязчивый страх затрагивает нахождение в открытых и больших пространствах (на улице, площади, в толпе), при клаустрофобии — в закрытых, замкнутых помещениях (лифте, вагоне поезда, салоне трамвая или автобуса). При этом в первую очередь возникает страх оказаться оставленным без помощи (например, потерять сознание). Клинически навязчивые страхи сопровождаются *паническими атаками,* выраженной тревогой, двигательным беспокойством и неусидчивостью.

Особенностью фобического поведения считается его волнообразное течение со склонностью к усилению навязчивых страхов и охранительного поведения в период воздействия на человека психической травмы. Типичными являются расстройства адаптации. Психотравмирующий фактор может поражать интегральность социальной сети человека (потеря близких, переживание разлуки), широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей, а также затрагивать микросоциальное окружение. При фобическом поведении преобладает тревожный вариант адаптационного расстройства и т. н. паническое расстройство, характеризующееся повторяющимися приступами (атаками) тяжелой тревоги и паники, которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и могут возникать непредсказуемо даже для самого человека. При этом имеют место периоды выраженной тревоги с двигательным беспокойством, нарушениями поведения в виде ажитации (психомоторного возбуждения), страха приближающейся смерти, который сопровождается тяжелыми вегетативными проявлениями: учащенным сердцебиением, болями в груди, ощущениями удушья, головокружением и чувством нереальности происходящего.

Помимо собственно фобического поведения, базирующегося на навязчивых страхах, встречаются обсессивный и компульсивный его варианты.

Под *обсессиями* понимают навязчивые мысли, воспоминания, представления, овладевающие сознанием больного, от которых он не может избавиться волевым усилием. Иногда их называют «умственной жвачкой». Мысли «приходят в голову» как бы автоматически, тревожат пациента, мешают ему заниматься обычной деятельностью. Нередко встречаются навязчивое влечение

запоминать имена и названия (ономатомания), навязчивый счет (арифмомания), при котором человек склонен постоянно подсчитывать какие-либо предметы — окна в домах, номера машин, ступени на лестнице.

Компульсии проявляются навязчивыми, не поддающимися коррекции и полной контролируемости действиями. К ним относятся, например: тикозные расстройства, навязчивое непреодолимое обкусывание и проглатывание ногтей (онихофагия), выдергивание волос (трихотилломания), сосание пальцев. Встречаются также навязчивые двигательные ритуалы в виде мытья рук с целью исключения случайного заражения, поступков (псевдосуеверий) — носить сумку только пряжкой внутрь, не наступать на трещины в асфальте и т. д.

Специфической коммуникативной девиацией считается **социально-стрессовое расстройство** (по **Ю. А.** Александровскому), захватывающее в первую очередь сферы поведения человека. Оно обусловлено воздействием на психику человека глобальных жизненных изменений (часто бытового характера). Такой стресс называют *стрессом повседневной жизни*.- На примере российской действительности описаны группы социально-стрессовых расстройств, определяемых возникновением психогенно-актуальной для большого числа людей социально-экономической и политической ситуацией. Их суть заключена в том, что складывающая в постсоциалистическом обществе социально-психологическая ситуация приводит к ломке общественного сознания и смене жизненных ориентиров десятков миллионов людей. Развивающиеся вследствие этого массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации, по существу, представляют собой коллективную психическую травму, естественную «экспериментальную модель» социальных стрессовых расстройств. По мнению Ю. А. Александровского, основными причинами и условиями возникновения социально-стрессовых расстройств являются:

1) макросоциальные общегрупповые психогении, изменяющие стереотип жизнедеятельности больших контингентов населения;
2) социально-стрессовые обстоятельства, имеющие хронический, растянутый по времени характер, их динамика непосредственно определяет компенсацию и декомпенсацию невротических нарушений;
3) коренное изменение общественных отношений, выходящее за рамки обычного опыта;
4) смена системы культурных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении жизни прежних поколений;
5) изменение социальных связей и жизненных планов;
6) нестабильность и неопределенность жизненного положения;
7) ухудшение соматического здоровья;
8) усиление декомпенсации невротических и патохарактерологических нарушений под воздействием «биогенного» воздействия экологических вредностей.

/

Клинически социально-стрессовые расстройства проявляются такими невротическими симптомами, как: вегетативные дисфункции, нарушения ночного сна, астенические и истерические расстройства, панические расстройства; отклонения поведения в виде заострения личностно-типологических черт характера, развитие саморазрушающей нецелесообразности поведения, утрата «пластичности общения» и способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив, цинизм, склонность к антисоциальным действиям.

В современных условиях психика многих людей оказывается недостаточно пластичной для быстрого и адекватного приспособления к стремительно меняющимся условиям жизни, что приводит к развитию разнообразных поведенческих девиаций, связанных с кризисом идентичности. Б. С. Положий выделяет четыре варианта **кризиса идентичности,** проявляющегося как на донозологическом, так и на нозологическом уровне: *аномический, диссоциальный, негативистический* и *магический.*

Под анемическим вариантом кризиса идентичности понимается поведение людей, характеризующееся утратой жизненного тонуса, прежних интересов, снижением активности и целеустремленности, своеобразной аутизацией, доминированием тревожно-депрессивного фона настроения, неверием в собственные силы, ощущением своей малозначимости, неспособности противостоять коллизиям судьбы.

Диссоциальный вариант кризиса идентичности выражается такими свойствами, как: стремление к агрессивному поведению по отношению к лицам, имеющим иную точку зрения, абсолютная нетерпимость к окружающим, доминирование угрюмо-злобного аффекта, сочетающееся с легкой внушаемостью.

Негативистический вариант кризиса идентичности выражается в первую очередь в упрямстве, нарочитом недовольстве всеми и вся, скептически-пессимистической оценке происходящего, уклонении от любой активности по декларируемой причине безрезультатности какой-либо деятельности.

В магический вариант кризиса идентичности входят такие поведенческие проявления, как: бурный всплеск интереса ко всему необъяснимому, иррациональному, мистическому, переключение всей деятельности (даже в ущерб себе и близким) на активность в сфере поиска истины, разгадки тайн бытия.

К особым формам коммуникативных девиаций относят поведение, возникающее в условиях острых психических травм при невозможности, неумении или нежелании разрешить возникшие проблемы. Оно обозначается **диссоциативным (конверсионным) поведением. В** целом такие формы характеризуются частичной или полной утратой нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознанием идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролированием движений собственного тела — с другой. *Диссоциативная амнезия* выражается в потере памяти на недавние существенно значимые события, вызвавшие шоковую аффективную реакцию. Как правило, больными амнезируются несчастные случаи, трагедии, и нарушения памяти носят парциальный и селективный характер. *Диссоциативный ступор* характеризуется временным состоянием обездвиженности (ступора) вслед за воздействием острой психотравмы. Пациент может замирать на оп-

ределенное время, слабо реагировать на внешние стимулы, быть отрешенным. Типичным для него является неподвижность и снижение активности в движениях. При *диссоциативной фуге* наблюдается сочетание признаков диссоциативной амнезии с внешне целенаправленными действиями, путешествиями, во время которых больной поддерживает упорядоченное поведение, ухаживает за собой. Длительность данного расстройства колеблется от нескольких дней до недели. *Трансы и состояния овладения* в первую очередь характеризуются временной потерей чувства личностной идентичности и осознавания окружающего. Нередко пациенты убеждены, что управляются другой личностью, духом, божеством или «силой». Они не всегда в состоянии контролировать свои поступки. Возможно т. н. *расстройство множественной личности,* сопровождающееся убежденностью человека в том, что он объединяет в себе две или более личностей, каждая из которых обладает полнотой, характеризуется собственными предпочтениями, памятью, поведением. При этом, как правило, одна личность является доминантной, а вторая — подчиненной. *Диссоциативные расстройства моторики* выражаются в расстройствах движений, ощущений, утрате чувственного восприятия. Возможны признаки анестезии, потери чувств, глухоты, аносмии, «сужении полей зрительного восприятия». Психотическим вариантом реагирования на острый стресс являются *синдром Ганзера* и *пуэрильный синдром.* При синдроме Ганзера вслед за психотравмирующим воздействием возникает сложное психическое расстройство, характеризующееся псевдодеменцией, неспособностью ответить на простые вопросы, мимоговорением («приблизительными ответами») и поведением глубоко интеллектуально сниженного человека. При пуэрильном синдроме поведение человека характеризуется детскостью. Речь становится шепелявой, используются типичные для детей неологизмы, коверкание слов, неправильное построение фраз, детские интересы в выборе игр и игрушек.

Наряду с перечисленными, выделяется и **ипохондрическое девиантное поведение,** характеризующееся сверхценным отношением к собственному здоровью с формированием опасливости, осторожности, мнительности, брезгливости. Такой человек склонен преувеличивать тяжесть имеющихся у него болезненных проявлений или приписывать себе несуществующие заболевания. Для него типично ограничительное поведение, страх «заразиться и умереть», вследствие чего он становится педантом в обыденной жизни, требуя от окружающих строгого соблюдения заведенных им правил. Ипохондрическое поведение может встречаться в рамках патохарактерологического и психопатологического типов девиантного поведения либо входя в структуру характера, либо являясь психопатологическим синдромом (психотического или непсихотического уровня).

Одна из наиболее социально значимых и потенциально опасных — коммуникативная девиация в виде **поведения,** основанного на ревности. Данная разновидность девиантного поведения может базироваться на каких-либо реальных фактах или быть абсолютно беспочвенной. В первом случае говорят о проявлениях нормальной ревности, во втором — о сверхценных или бредовых идеях ревности. При этом трудно отметить какие-либо кардинальные различия в поведении нормального и патологического ревнивца.

Считается, что эротическая (любовная, сексуальная) ревность — это комплекс переживаний при действительной или подозреваемой измене любимого человека (супруга, возлюбленного), характеризующийся сложной психологической структурой: типичными и весьма многообразными эмоциональными реакциями и состояниями (зависть, ненависть, тревога, гнев, отчаяние, жажда мести, страсть и др.), мучительными сомнениями и подозрениями, сложными проявлениями в интеллектуальной, волевой сферах, многообразием форм поведения, зачастую социально опасного (Е. И. Терентьев). При этом нормальная ревность представляет собой сложную, субъективно чрезвычайно значимую реакцию личности на одну из самых тяжелых ситуаций, затрагивающих наиболее важные для нее в морально-этическом отношении ценностные категории, — ситуацию супружеской измены. По мнению Е. И. Терентьева, немаловажным для оценки ревности как нормальной является параметр «ресоциализации», то есть формирования поведения, направленного на разрешение ситуации, возникающей в связи с супружеской изменой.

К. Леонгард выделяет две формы нормальной ревности: а) ревность, безопасная в своей основе, проистекающая из объективно доказуемого сексуального регресса; б) ревность, представляющая большую социальную опасность, — в форме подозрения. Различают также т. н. тираническую ревность и ревность «от ущемленности» (В. П. Левкович). Тиранической ревностью страдают обычно люди эгоистические, упрямые, деспотические, эмоционально холодные и отчужденные, достаточно авторитарные. Такие люди, как правило, рассматривают своего супруга лишь как предмет, объект для собственного блага, удовольствия, как собственность. У них не развита способность замечать, а тем более уважать особенности личности другого человека. Ревность от ущемленности — это обычно удел людей с тревожно-мнительным характером, неуверенных в себе, склонных к преувеличению опасностей и неприятностей, страдающих комплексом неполноценности. Их ревность, может быть, менее яростно, более мягко проявляется, но по существу и она не менее губительна для функционирования семьи. Кроме того, выделяется т. н. «обращенная» ревность, которая имеет своим источником проекцию, перенос собственной супружеской неверности или, во всяком случае, ненадежности, постоянной готовности к измене на своего супруга.

Известно, что поведение, базирующееся на сверхценных идеях ревности, тесно связано с особенностями личности (Б. В. Шостакович). Оно возникает в связи реальными ситуациями измены, но девиации формируются лишь у лиц с определенным индивидуально-типологическим складом. То есть можно говорить о существовании различной степени вероятности того, что супружеская неверность приведет к становлению типичного отклоняющегося поведения. Наряду с этим, нужно отметить существование такого типа личности, как «потенциальный ревнивец», девиантное поведение которого может сформироваться чрезвычайно быстро.

Учитывая тот факт, что девиантное поведение, основанное на ревности, может встречаться как в рамках психологических отклонений, так и при па-

Таблица 10

Дифференциально-диагностические критерии нормальной и патологической ревности

Признаки различий	Бред ревности	«Нормальная» ревность	Сверхценные идеи ревности
Характер возникновения	Внезапно (по озарению) или постепенно	Внезапно. Могут наблюдаться постоянные, нерезко выраженные проявления при ревнивом характере	Исподволь, но с относительно быстрым нарастанием проявлений синдрома до полной его выраженности
Причины и время возникновения	Установить не удается	Факт измены (полученная достоверная информация, сообщение жены), клевета	Прошедшие события, воспоминания; должно пройти время, в течение которого нормальная ревность не исчезает, а трансформируется в сверхценную идею
Продолжительность	Исчисляется годами, иногда — десятилетиями	От нескольких дней до нескольких недель	От нескольких недель или месяцев до нескольких лет
Нарушения сна	Нарушения сна, связанные с бредовыми переживаниями	Нарушения сна по невротическому типу	Периодические нарушения сна в связи с обострением переживаний
Изменение настроения	Чаще отсутствует, иногда подавленное с оттенками подозрительности и дисфории со своеобразной экзальтацией	Подавленно-тоскливое, с элементами тревоги, отчаяния, безысходности. Раздражительность, нередко слезливость	Существенно не изменено. Периодически — состояния эмоционального возбуждения по типу аффекта
Агрессивное поведение по отношению к супругу	Проявляется всегда	Возможно, вплоть до убийства, в первые дни и недели	Возможно, вплоть до убийства, на стадии формирования синдрома
Садистско-мазохистское поведение с выпытыванием «признаний» в изменах	Резко выражено	Не наблюдается	Наблюдается, но не включает отчетливо выраженных «допросов» с выпытыванием «признаний» в изменах. Поведение направлено на создание ситуации раскаяния супруга
Масштабы ревности, характер интерпретаций	Имеется склонность к расширению бредовых идей об измене супруга	Факт измены не получает расширенного толкования	Переживания характеризуются стереотипностью
Выраженность проявлений ревности	Постоянно нарастает в течение длительного времени за счет систематизации	Наибольшая в первые дни (недели) после возникновения	Одинаковая, независимо от длительности существования синдрома

Характер и выраженность переживаний в разное время суток и в разных условиях	В ночное время переживания становятся более выраженными и сексуально насыщенными	Переживания «непрерывны», держатся на одном, достаточно высоком уровне	Иногда по вечерам и в ночное время при общении с супругом острота переживаний усиливается
Фабула «непосредственного полового соперничества»	Имеется всегда	Наблюдается в первое время после возникновения, но не преобладает среди других переживаний	Отмечается всегда, утрируется, представляет собой комплекс переживаний, имеющих максимальную аффективную насыщенность
Мотивы материального и морального ущерба	Проявляются с большим постоянством	Мотивы материального ущерба не наблюдаются. Тема морального ущерба звучит с большим постоянством	Наблюдаются в редких случаях. Тема морального ущерба имеет выраженное звучание
Опасения потерять супруга («уйдет к другому»)	Наблюдаются редко и находятся не на первом плане среди других переживаний	Выраженные, нередко доминируют в переживаниях	Обычно неактуальны
Коррекция ревнивых переживаний	Отсутствует	Возможна в ряде случаев	В какой-то степени проявляется по мере «психологической насыщаемости» в ходе объяснений с супругом
Индивидуальные особенности ревности	В значительной степени нивелированы	Проявления ревности весьма различны в зависимости от индивидуальных особенностей	Содержание переживаний довольно стереотипно, монотонно
Проявления психологической защиты	Отсутствуют	Всегда часто отмечаются явления «психологического вытеснения»	Наблюдается как бы блокирование механизмов психологической защиты, причем происходит все большее сосредоточение на этих мыслях
Адекватность реакции ревности вызвавшему ее поводу	Ревность возникает без внешнего повода. Нюансы и какие-либо градации отсутствуют	Фактическая измена переживается отчетливо тяжелее, чем ревность, связанная с не вполне достоверной информацией	Отмечается патологически застойное, неадекватное ревнивое состояние, давно утратившее смысл и значение для жизни и системы взаимоотношений супругов
Зависимость тяжести переживаний от моральной атмосферы	Отсутствует	Наиболее тяжело переживаются факты супружеской измены в «благополучных» семьях	Существенного значения данный фактор не имеет
Проявления «эмоции стыда»	Отсутствуют	Отчетливы во всех случаях	Отмечаются в небольшой степени
Мотивы любви в переживаниях ревности	Как правило, не звучат	Звучат всегда как сожаление об «утраченной любви» в первые дни и недели после измены	Всегда звучат в плане назидательности

тохарактерологическом и психопатологическом типах девиантного поведения, существенным представляется дифференциация «нормальной» (непатологической) и психопатологической ревности.

Е. И. Терентьевым и В. П. Котовым предложены следующие критерии разграничения нормальных и патологических проявлений поведения на базе ревности (табл. 10).

В сфере общения выделяется такой феномен, как **елейность поведения.** Данная форма девиантного поведения часто встречается при эпилептических изменениях личности, а также в рамках эпилептоидных черт характера. Под елейностью понимают слащавость, умильность и угодливость в обращении с окружающими, которая воспринимается как неестественность и нарочитость, тем более что за подобным внешним поведением редко стоят истинные чувства и эмпатия.

БЕЗНРАВСТВЕННОЕ И АМОРАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Отклоняющееся поведение может нарушать нормы этики и нравственности, которые закреплены в понятии общечеловеческих ценностей. Под ними понимается добровольный отказ от ряда поступков, которые могут причинить вред окружающим. Такие нормы устанавливаются обычаями. Общим для них является заповедь: «Поступай по отношению к другим так, как хотел бы, чтобы поступали по отношению к тебе».

Безнравственным называют отклоняющееся поведение в виде действий и деятельности, результаты которых объективно противоречат нравственным нормам независимо от оценки личностью, их совершающей.

Аморальное поведение — это безнравственное девиантное поведение, которое оценивается личностью как безнравственное.

К грехам, описываемым как безнравственное поведение, относят: алчность, гордыню, уныние, чревоугодие, прелюбодеяние (похоть), тщеславие, зависть и др. Нравственные законы часто спаяны с духовностью и религиозностью, однако существуют и конфессиональные разночтения нравственных законов.

НЕЭСТЕТИЧНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ИЛИ ДЕВИАЦИИ СТИЛЯ ПОВЕДЕНИЯ

Центральный пункт данного вида девиантного поведения — степень ориентации ценностей личности на такие параметры, как *красота, гармония, вкус, стиль.* Неэстетичное поведение не является патологическим, как и безнравственное или аморальное. Однако оно способно приводить к межличностным конфликтам и может рассматриваться как существенная составляющая

целостности личности. К неэстетичному поведению относят отказ от следования правилам и принципам эстетики в различных сферах: питании, одежде, высказываниях, манерах и др. Основой оценки поведения человека как неэстетичного должны быть принципы *гармонии, пропорциональности, симметрии, красоты, прекрасного и возвышенного, совершенства.*

Описана **эстетическая способность** индивида, под которой понимается совокупность индивидуально-психологических особенностей человека, благодаря которым открывается возможность осуществлять эстетическую деятельность — эстетически воспринимать и переживать явления действительности и искусства, оценивать их посредством суждения, вкуса и соотношения с идеалом, создавать различные новые эстетические ценности.

При отклоняющемся поведении человек оказывается интактным по отношению к миру прекрасного и эстетике. Он может быть сосредоточен на низменном в противовес возвышенному; уродливом в противоположность прекрасному; грубом, а не изящном; ужасном и безобразном, но не чудесном; сарказме или иронии вместо добродушного юмора.

В клинике неэстетичное поведение выражается, например, в неаккуратности, неопрятности, нечистоплотности, отсутствии вкуса в выборе одежды, хороших манер во время принятия пищи и общения, непонимании возвышенных чувств. Нередко неэстетичное девиантное поведение охватывает область двигательных реакций, экспрессии, походки. Мимика и жестикуляция таких индивидов приобретает характер неестественности, негармоничности и некрасивости. Это происходит либо в силу неадекватного формирования в процессе воспитания навыков экспрессии, либо под влиянием какого-либо психического или неврологического заболевания.

Особое место среди форм отклоняющегося от нормы неэстетичного поведения занимают девиации, характеризующиеся стилевыми изменениями и нарушениями, — **девиации стиля поведения.** *Стиль* — это устойчивая субъективно-специфическая система способов осуществления человеком разных типов активности; интегральная характеристика формально-динамической сферы индивидуальности, выражающаяся в предпочтении субъектом определенной формы взаимодействия с физической (предметной) и социальной (коммуникативно-символической) средой (А. В. Либин).

Можно выделить следующие девиации:

1) девиации стиля движений и манеры поведения (мимики, жестикуляции, походки);
2) девиации стиля речи (произношения, голоса);
3) девиации стиля взгляда.

К девиациям стиля движений и манер относят гримасничание, патетичность, жеманность, кокетство, вычурность, амимию, гипермимию и эхомимию, моторную неловкость, неуклюжесть, разновидности плача, смеха, улыбки и др. К девиациям стиля взгляда причисляют разновидности направленности и устремленности взора (например, бегающий, застывший, пристальный, расфокусированный и иные). В девиации стиля речи включают отклонения го-

лосовых характеристик (особенностей произношения звуков) — например, гундосость, а также отклонения стилей устной и письменной речи (алалия, афазия, заикание, дислалия, косноязычие или демагогия, макрография и микрография и т. д.) (см. тезаурус в приложении).

Клинически девиации стиля поведения отличаются от адекватного, гармоничного поведения нарочитостью, вычурностью. На людях с подобными отклонениями фокусируется внимание окружающих вследствие неестественности их поступков и манер. Нередко они оказываются осмеянными, потому что их отличают карикатурные, гротескные движения тела или особенности произношения. Обращать на себя внимание окружающих могут отличающийся по громкости или продолжительности смех, по естественности — улыбка, по стройности, плавности, грамматической и стилевой правильности — речь, по координированности — походка.

На нарушениях координации движений при ходьбе следует остановиться особо, поскольку отклонение походки от эстетической нормы встречается довольно часто. Одним из наиболее распространенных отклонений является моторная неловкость. По мнению Н. А. Бернштейна, ловкость поддается упражнению, ее можно выработать в себе и добиться существенного повышения ее уровня: «Для нее [ловкости] не нужно ни сильных ног, ни могучей грудной клетки, она вполне мирится с тем телесным инвентарем, каким располагает каждый здоровый, нормальный человек. Она образует уже мостик к настоящей, умственной области. Прежде всего в ловкости есть мудрость. Она концентрат жизненного опыта по части движений и действий. Недаром ловкость нередко повышается с годами и, как правило, удерживается у человека дольше других всех его психофизических качеств. Затем, как всякое качество, связанное уже с психикой, она несет на себе отпечаток индивидуальности». Ловкость состоит в том, чтобы суметь двигательно эффективно выйти из любого положения, найтись (двигательно) при любых обстоятельствах.

По В. Далю, «ловкий» означает «складный в движениях», то есть гармоничный. В противовес этому в «моторную неловкость» включаются такие характеристики, как: неуклюжесть, несинхронность движений, их избыточность или недостаточность, несообразность ситуации и др. В целом моторная неловкость — это неспособность действовать, когда требуется поступать:

- правильно (адекватно и точно);
- быстро (скоро и споро);
- рационально (целесообразно);
- инициативно (находчиво);
- эстетично (красиво и гармонично).

В рамках перечисленных вариантов отклоняющегося по стилю поведения особо выделяются **патологические привычки (привычные действия),** которые чаще встречаются в детском и подростковом возрасте. Привычкой называют образ действий, склонность, ставшая обычной и постоянной. При патологической привычке или склонности стили оказываются выраженными в крайней степени (гротескные или карикатурные) или при них происходит нару-

шение различных норм. К патологическим привычкам относят неадекватные ситуациям (в том числе неэстетичные) двигательные стереотипы, при которых отмечаются произвольные и непроизвольные, повторяющиеся, нередко ритмичные движения. Они могут быть *самоповреждающими* (повторяющиеся удары головой, шлепанье по лицу, кусание рук, губ и пр.) и *несамоповреждающими* (раскачивание тела, качание головой, сосание пальца, ощипывание или накручивание волос, ковыряние в носу, взмахи руками, щелчки или характерные движения языком и пр.). Патологические привычки крайне сложно дифференцировать с непатологическими привычками. В основе и тех и других лежат отклонения волевой регуляции сформированием неспособности противостоять нарастающему желанию совершать подобные действия либо в связи с психоэмоциональным напряжением, либо вследствие утраты контроля.

Наиболее часто встречаются такие разновидности патологических привычек и расстройств влечения, как *трихотилломания* (склонность к выдергиванию волос), *онихофагия* (склонность к поеданию собственных ногтей), *аллотриофагия* (стремление к поеданию несъедобных веществ), *анонимография* (патологическое влечение к сочинению анонимных писем), *арифмомания* (склонность к навязчивому счету), *аэрофагия* (стремление заглатывать избыточное количество воздуха с последующим его отрыгиванием), *бруксомания* (приступообразное скрежетание зубами во время бодрствования), *дакномания* (навязчивое стремление кусать окружающих), *доромания* (навязчивое стремление делать подарки без учета своих материальных возможностей), *ктиномания* (стремление мучить, убивать животных или наблюдать картину их гибели), *онихотилломания* (дерматомания, выражающаяся в стремлении разрушать свои ногтевые пластинки какими-либо инструментами), *онихохейлофагия* (навязчивое обкусывание ногтей и губ), *руминация* (многократное пережевывание периодически проглатываемой и произвольно отрыгиваемой пищи), *тафофилия* (влечение присутствовать на похоронах).

Патологические привычки встречаются при патохарактерологическом и психопатологическом типах девиантного поведения.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. Система поступков, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушения процесса самоактуализации или уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением, называется:

а) криминальным поведением;
б) аддиктивным поведением;
в) делинквентным поведением;
г) патохарактерологическим поведением;
д) девиантным поведением.

2. Выделяют все нижеследующие виды нарушения взаимодействия индивида с реальностью, за исключением:
а) приспособления;
б) противостояния;
в) болезненного противостояния;
г) ухода;
д) игнорирования.

3. Признаками психической патологии и психопатологическими расстройствами обусловлен следующий вид нарушения взаимодействия с реальностью:
а) приспособление;
б) противостояние;
в) болезненное противостояние;
г) уход;
д) игнорирование.

4. У людей с гиперспособностями, как правило, встречается следующий тип нарушения взаимодействия с реальностью:
а) приспособление;
б) противостояние;
в) болезненное противостояние;
г) уход;
д) игнорирование.

5. Выделяются все нижеследующие типы девиантного поведения, за исключением:
а) патопсихологического;
б) делинквентного;
в) аддиктивного;
г) на базе гиперспособностей;
д) психопатологического.

6. Основой для диагностики делинквентного поведения являются:
а) аггравация;
б) перверсии;
в) девиации;
г) проступки;
д) преступления.

7. Одна из форм девиантного (отклоняющегося) поведения с формированием стремления к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния называется:
а) криминальной;
б) делинквентной;
в) аддиктивной;

г) патохарактерологической;
д) психопатологической.

8. Сниженная переносимость трудностей повседневной жизни, наряду с хорошей переносимостью кризисных ситуаций, является признаком:
а) криминального поведения;
б) делинквентного поведения;
в) аддиктивного поведения;
г) патохарактерологического поведения;
д) психопатологического поведения.

9. Психологическим антиподом аддиктивной личности выступает:
а) гармоничный человек;
б) обыватель;
в) человек с гиперспособностями;
г) преступник;
д) психически больной человек.

10. Феномен «жажды острых ощущений» является типичным для:
а) криминального поведения;
б) аддиктивного поведения;
в) делинквентного поведения;
г) патохарактерологического поведения;
д) психопатологического поведения.

11. По мнению Э. Берна, у человека присутствуют все нижеприведенные виды «голода», за исключением:
а) голода по сенсорной стимуляции;
б) голода по признанию;
в) сексуального голода;
г) структурного голода;
д) нравственного голода.

12. По мнению Н. Пезешкиана, существуют все нижеследующие типы «бегства от реальности», за исключением:
а) бегства в тело;
б) бегства в фантазии;
в) бегства в контакты или одиночества;
г) бегства в сексуальность;
д) бегства в работу.

13. Основой девиантного поведения при патохарактерологическом типе являются:
а) психопатологические симптомы;
б) психопатологические синдромы;

в) девиации характера (акцентуации и психопатии);
г) патология характера, связанная с психическим заболеванием;
д) патология личности, связанная с психическим заболеванием.

14. Наиболее часто афессивность значительной степени выраженности, не поддающаяся волевой коррекции, входит в структуру:
а) астенического синдрома;
б) эксплозивного синдрома;
в) психастенического синдрома;
г) депрессивного синдрома;
д) синдрома Жиля де ля Туретта.

15. Суицидальное поведение, связанное с кризисными ситуациями в жизни и личными трагедиями, называется:
а) психогенным;
б) эгоистическим;
в) альтруистическим;
г) дистимическим;
д) аномическим.

16. К эстетической категории суицидального поведения относится:
а) место суицида;
б) время суицида;
в) способ суицида;
г) длительность суицида;
д) значимость суицида.

17. Аддиктивные парасуицидальные попытки совершаются с целью:
а) привлечения внимания к собственной персоне;
б) вывести себя из состояния безэмоциональности и скуки;
в) безболезненно уйти из жизни;
г) уйти из жизни при тайных обстоятельствах;
д) уйти из жизни ради блага человечества.

18. Лица с истерическими расстройствами личности чаще выбирают:
а) групповые способы суицидального поведения;
б) недемонстративные способы суицидального поведения;
в) недемонстративные способы парасуицидального поведения;
г) демонстративные способы суицидального поведения;
д) демонстративные способы парасуицидального поведения.

19. Стремление к применению опьяняющих веществ с целью смягчения или устранения явлений эмоционального дискомфорта называется:
а) гедонистической мотивацией;
б) атарактической мотивацией;

в) псевдокультурной мотивацией;
г) субмиссивной мотивацией;
д) мотивацией с гиперактивацией поведения.

20. При атарактической мотивации применения опьяняющих веществ происходит:
а) выравнивание настроения;
б) повышение настроения;
в) понижение настроения;
г) инверсия настроения;
д) появление патологического аффекта.

21. К наркотическим веществам, обладающим эйфоризирующим эффектом и способствующим быстрому и резкому повышению настроения, появлению смешливости, благодушия, радости, относятся все нижеперечисленные, за исключением:
а) ЛСД;
б) опия;
в) морфина;
г) транквилизаторов;
д) марихуаны.

22. Изменения психической деятельности, сопровождающиеся галлюциногенным эффектом и иными выраженными психопатологическими расстройствами, наблюдаются при использовании всех нижеперечисленных наркотических веществ, за исключением:
а) ЛСД;
б) кодеина;
в) марихуаны;
г) транквилизаторов;
д) кокаина.

23. Неспособность человека отказаться от предлагаемого окружающими алкоголя или наркотических веществ отражает:
а) гедонистическую мотивацию;
б) атарактическую мотивацию;
в) псевдокультурную мотивацию;
г) субмиссивную мотивацию;
д) мотивацию с гиперактивацией поведения.

24. Понятие партнерской сексуальной нормы включает все нижеследующие критерии, за исключением:
а) количества одновременно взаимодействующих партнеров;
б) зрелости партнеров;
в) стремления к достижению обоюдного согласия;

г) гетеросексуальной направленности влечения;
д) отсутствия ущерба собственному здоровью.

25. Сексуальное влечение взрослого человека к подросткам называется:
а) педофилией;
б) эфебофилией;
в) ювенилофилией;
г) геронтофилией;
д) промискуитетом.

26. Вуайеризм — это:
а) сексуальное влечение к кровным родственникам;
б) сексуальное влечение и удовлетворение от обнажения собственных половых органов в обществе;
в) сексуальное влечение и удовлетворение от подглядывания за обнажением других;
г) сексуальное влечение к животным;
д) сексуальное влечение и удовлетворение от контакта с лицами иной расы.

27. Инверсия половой (сексуальной) идентификации происходит при:
а) гомосексуализме;
б) транссексуализме;
в) фетишизме;
г) эксгибиционизме;
д) вуайеризме.

28. Увлеченность азартными играми называется:
а) трудоголизмом;
б) фетишизмом;
в) картингом;
г) серфингом;
д) гемблингом.

29. «Паранойя здоровья» — это:
а) сверхценное увлечение сыроедением;
б) сверхценное увлечение голоданием;
в) сверхценное увлечение оздоровительными процедурами;
г) сверхценное увлечение спортом;
д) все ответы верны.

30. Человек с повышенным чувством справедливости, желающий добиться правды даже в мелочах, однако реально не соизмеряющий негативные факты и способ борьбы с ними, называется:
а) параноиком;
б) кверулянтом;

в) дипсоманом;
г) ипохондриком;
д) псевдологом.

Рекомендуемая литература

1. *Антонин Ю. М., Бородин С. В.* Преступность и психические аномалии. М., 1987.
2. *Антонин Ю. М., Гульдан В. В.* Криминальная патопсихология. М., 1991.
3. *Балабанова Л. М.* Судебная патопсихология. М., 1998.
4. *Братусь Б. С.* Аномалии личности. М., 1988.
5. *Братусь Б. С, Сидоров П. И.* Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М., 1984.
6. *Боев И. В.* Пограничная аномальная личность. Ставрополь, 1999.
7. *Бэрон Р., РичардсонД.* Агрессия. СПб., 1999.
8. *Волков Е. Н.* Основные модели контроля сознания (реформирования мышления) // Журнал практического психолога. М.: Фолиум, 1996. № 5. С. 86—95.
9. *Гиндикин В. Я., Гурьева В. А.* Личностная патология. М., 1999.
10. *Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я.* Психопатология подросткового возраста. Томск, 1994.
11. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология. М., 1986.
12. *ИсаевД. Н., Каган В. Е.* Психогигиена пола у детей. Л., 1986.
13. *Кон И. С.* Введение в сексологию. М., 1989.
14. *Кондратенко В. Т.* Девиантное поведение у подростков. Минск, 1988.
15. *Коркина М. В., Цивильно М. А., Мартов В. В.* Нервная анорексия. М., 1986.
16. *Короленко Ц. П., Завьялов В. Ю.* Личность и алкоголь. Новосибирск, 1987.
17. *Короленко Ц. П., Донских Т. А.* Семь путей к катастрофе. Новосибирск, 1990.
18. Лабиринты одиночества. М., 1989.
19. *Лакосина Н. Д., Трунова М. М.* Неврозы, невротические развития личности. М,, 1994.
20. *Леонгард К.* Акцентуированные личности. Киев, 1981.
21. *Либин А. В.* Дифференциальная психология. М., 1999.
22. *ЛичкоА. Е.* Подростковая психиатрия. М, 1985.
23. *ЛичкоА. Е., Битенский В. С.* Подростковая наркология. Л., 1991.
24. *Мальцева М. М., Котов В. П.* Опасные действия психически больных. М., 1995.
25. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
26. *Петровский В. А.* Психология неадаптивной активности. М., 1992.
27. *Платонов К. К.* Структура и развитие личности. М., 1986.
28. *Пожар Л.* Психология аномальных детей и подростков — патопсихология. М.; Воронеж, 1996.
29. *Росс Л., Нисбетт Р.* Человек и ситуация. М., 1999.
30. *Соколова Е. Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.
31. *ТкаченкоА. А.* Аномальное сексуальное поведение. М., 1997.
32. *Ткаченко А. А.* Сексуальные извращения — парафилии. М., 1999.
33. *ТрегубоеЛ. 3., Вагин Ю. Р.* Эстетика самоубийства. Пермь, 1993.
34. *Фромм Э.* Анатомия человеческой деструктивности. М., 1994.
35. *Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю.* Наркомании. СПб., 2000.
36. *Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.

Глава 4

ЭТНОКУЛЬТУРНЫЕ ВАРИАНТЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Одним из значимых критериев оценки нормативности, гармоничности и девиаций поведения человека считается этнокультурный критерий. Это связано с существованием разнообразных групповых норм и требований по отношению к поведению индивида — представителя групп, основанных на национальных, расовых, этнических, культурных и субкультурных традициях. Ненаучная оценка отклоняющегося поведения в подобных случаях строится на расхождении шаблонов поведения отдельного человека и его культурной группы. В рамках научного подхода этнокультурным вариантом девиантное поведение может быть признано лишь тогда, когда отклонение от традиционных стереотипов поведения одновременно является отклонением от общепринятых, разделяемых большинством общественных групп норм (права, нравственности, эстетики).

В настоящее время принято следующее определение понятия **этнос:** естественно сложившийся на основе оригинального стереотипа поведения коллектив людей, существующий как энергетическая система (структура), противопоставляющая себя всем другим таким же коллективам, исходя из ощущения комплиментарности (Л. Н. Гумилев). Наиболее значимым в данном определении следует признать факт облигатности противопоставления одной группой (этносом) людей другой, вычленения своей группы из ряда родственных на основании группового осознания идентичности. В связи с этим ценным представляется обозначение З. Фрейдом, изучавшим явления противопоставления близких друг другу народов, подобного процесса этнокультурного вычленения «нарциссизмом малых различий». «Я заметил, — писал он, — что в большей степени враждуют между собой и насмехаются друг над другом соседние и во многом близкие друг другу народы (коллективы), например испанцы и португальцы, северные и южные немцы, англичане и шотландцы». Учитывая кажущуюся субъективность в национальном самоопределении, в современной этнопсихологии национальность, этническая принадлежность и культурная специфичность определяются на основании самооценки.

Второй важной особенностью определения понятия «этнос» следует считать **этнокультурные стереотипы поведения** (этностереотипы) людей (К. Кась-

янова), которые разделяют на *автостереотипы* и *гетеростереотипы.* Первые из них отражают самооценку этнической или культурной группы, вторые — оценку «со стороны». К составляющим этностереотипов относят (В. Н. Панферов):

1) общий стиль поведения;
2) общий стиль деятельности;
3) отношение к людям;
4) отношение к себе;
5) волевые качества;
6) качества ума;
7) эмоциональные качества;
8) социальное поведение;
9) ментальные характеристики.

При оценке *общего стиля поведения* учитывают, например, такие параметры, как простота (простодушие) — снобизм, откровенность (прямота) — скрытность, терпимость — нетерпимость, честность — лживость, искренность — неискренность, агрессивность — неагрессивность, культура — бескультурье, необузданность; *общего стиля деятельности* — трудолюбие — лень, работоспособность — трудоголизм, халатность — обязательность; *отношения клюдям* — гостеприимство — негостеприимство, суровость — милосердие, завистливость — независтливость, тактичность — бестактность, доверчивость — недоверчивость, общительность — замкнутость, высокомерие, хамство, лицемерие, двуличие; *отношения к себе* — гордость, непритязательность, закомплексованность, самоуверенность, гонор; *волевых качеств* — стойкость, уравновешенность — неуравновешенность, безволие, активность — пассивность, покорность; *качеств ума* — глупость, несообразительность примитивность; *социального поведения* — корыстолюбие, склонность к спекуляции, криминальность, тунеядство, клановость; *эмоциональных качеств* — чувствительность — бесчувственность, сентиментальность; *ментальных характеристик* — предсказуемость — непредсказуемость, широта души. Иногда отдельно выделяется понятие *внешности, или стиля самопрезентации* (например, в него включаются нечистоплотность, неопрятность, неаккуратность).

Этнокультурная нормативность поведения регистрируется на основании бытующих пословиц и поговорок, которые в этнопсихологии называются индикаторами оценки поведенческой нормы. Так, по данным 3. В. Сикевич, наиболее предпочтительными для русской самоидентичности являются такие пословицы, как: «Пока гром не грянет, мужик не перекрестится», «В каком народе живешь, того и обычья держишь», «За морем — веселье, да чужое, у нас — горе, да свое», «Русский ни с мечом, ни с калачом не шутит», «Русский мужик задним умом крепок», «Русский любит авось, небось да как-нибудь», «На Руси, слава богу, дураков на сто лет запасено». То есть можно отметить тот факт, что в нормативное поведение русского человека входят такие параметры, как: основательность, неторопливость, обстоятельность, самоирония, но и нерасторопность, нерасчетливость, ригидность, склонность к край-

ностям. По мнению К. Касьяновой, русский тип характера может быть охарактеризован как эпилептоидный и «в нашей культуре существуют собственные архетипы целеполагания и целедостижения, непохожие на западноевропейские». Следовательно, медлительность, нерасторопность и даже леность русского человека не могут быть признаны девиацией, поскольку отражают народные традиции и этнокультурные стереотипы поведения. Эти же качества, например, у немца могут привести к диагностике отклоняющегося поведения («Что русскому здорово, то немцу — смерть»).

В число индикаторов статуса русской женщины, поданным 3. В. Сикевич, включаются пословицы: «Курица не птица, баба не человек», «Бабе дорога — от печи до порога», «Бабе хоть кол на голове теши», «У бабы семь пятниц на неделе», «Стели бабе вдоль, она меряет поперек», «Волос долог, да ум короток», «Баба, что мешок — что положишь, то понесет». Они отражают традиционный взгляд на место женщины в жизни, а значит, и на оцениваемые как нормативные стереотипы поведения русской женщины: покорность, непоследовательность, зависимость. Выбор феминистического поведения в отечественной культуре может быть воспринят как культурная девиация.

Этнокультурные стереотипы поведения формируются в процессе социализации, что приводит к становлению феномена, названного *национальным характером.* Под ним понимается совокупность типичных и повторяющихся у лиц определенной национальности черт характера в виде манер, стиля поведения, способов осмысления действительности. В процесс воспитания характера гармонично включается и формирование значимых для этноса и национальности черт, считающихся нормативными. Для русского это —доброта, терпение, гостеприимство, дружелюбие, широта души, патриотизм, доверчивость, открытость; для француза — любвеобилие, жизнелюбие, веселость, элегантность, общительность, изысканность, утонченность, улыбчивость; для немца — аккуратность, пунктуальность, педантизм, расчетливость, экономность, бережливость, чистоплотность; для американца — патриотизм, деловитость, свободолюбие, расчетливость, практичность, целеустремленность, общительность, раскованность (3. В. Сикевич).

В рамках этнического, расового, культурного и национального многообразия оценка нормативности и отклонений поведения возможна лишь внутри каждой группы. Сравнение групповых этнокультурных норм и стереотипов поведения не может считаться оправданным и научно обоснованным. Лишь этническое (культурное, национальное и пр.) самосознание создает нормативный поведенческий каркас, выход за рамки которого рассматривается как отклоняющееся поведение. Особенно ярко приписывание поведению характера девиации проявляется при оценке гетеростереотипов, когда диагност и испытуемый принадлежат к разным этнокультурным группам. Девиантное поведение вне связи с этнокультурными особенностями испытуемого может диагностироваться лишь в случаях нарушения т. н. «объективных» норм поведения (норм права, общечеловеческих ценностей, эстетики). Следует помнить, что народные традиции даже при оценке противоправных действий могут существенно разниться. Так, например, «кровная месть», ко-

торая в рамках этнокультурной специфичности расценивается как праведное поведение и ради которой представители народностей Кавказа готовы долгие годы строить свою жизнь и деятельность, объективно может расцениваться как криминальное (противоправное) деяние.

По мнению А. К. Байбурина, можно отметить два основных типа этнической специфики в стереотипах поведения: 1) когда одним и тем же действиям придается различное содержание в разных этнических культурах и 2) когда одно и то же содержание находит различное выражение в поступках. В этнографии и этнопсихологии их происхождение рассматривается лишь с социально-психологической позиции. Для психологии девиантного поведения немаловажным представляется предположение, что любой стереотип поведения (в том числе этнокультурный) может иметь собственную нейрофизиологическую базу (например, при патохарактерологическом и психопатологическом типах отклоняющегося поведения), что косвенно подтверждается регистрацией фенотипических сходств в рамках определенных национальностей, этносов и культур.

Главная задача этнокультурных исследований в психологии девиантного поведения — выяснить, какое влияние оказывают этнические, национальные, культурные особенности человека на механизмы возникновения и формирования, клинические проявления и закономерности течения девиантных форм поведения, а также на особенности их коррекции, терапии и профилактики.

•Можно выделить четыре аспекта современной этнокультурной психологии девиантного поведения (рис. 18).

Диагностический аспект связан с выработкой и описанием строгих диагностических критериев, отграничением психопатологической симптоматики от этнокультурных стереотипов поведения, традиционных верований, мировоззрения, паттернов мышления и речевой практики. Особое значение диагностический аспект приобретает в условиях межэтнических и межкультурных взаимодействий, когда диагност и пациент оказываются представителями различных культур, субкультур, вероисповеданий, рас, национальностей или сексуальных сообществ. По мнению некоторых авторов (В. Б. Миневич, П. В. Морозов), многие клинические психологи и психиатры, получающие образование в Европе, сталкиваются с проблемой адекват-



Рис. 18. Аспекты этнокультурной психологии девиантного поведения

ной диагностики и квалификации расстройств, встречающихся в их собственных культурах. Вследствие чего неоправданным представляется расширение спектра психических расстройств у представителей традиционных культур, то есть диагностики заболеваний и девиаций на основе «научных» критериев представителей иной культуры.

В классификации психических и поведенческих расстройств десятого пересмотра (МКБ-10), в частности, указывается, что культурно специфические расстройства, такие, например, как коро, амок, лата, в настоящее время не могут рассматриваться как самостоятельные. Предполагается, что они являются культурно специфическими вариантами известных синдромов тревоги, депрессии, соматоформных расстройств или нарушений адаптации. Незнание нормативов в этнических стереотипах поведения способно привести к ошибочной диагностике девиантного поведения в тех случаях, когда его нет.

Этиопатогенетический аспект этнокультурных исследований в области психологии девиантного поведения направлен на оценку роли этнических и культурных особенностей человека в возникновении и развитии различных типов и клинических форм девиантного поведения. Ряд исследований последних лет и изменение ракурса анализа известных научных фактов приводит к мысли о том, что этнокультурные параметры могут выходить за рамки патопластических и способны создавать условия для возникновения и формирования отклоняющегося поведения. Типичным примером могут служить традиции некоторых народностей употреблять наркотические вещества или стереотипы поведения членов определенных африканских племен, предписывающие девушке совершать первый сексуальный контакт с собственным отцом в присутствии родственников.

Изучение отклоняющегося поведения на базе невротических симптомов в современной клинической психологии справедливо обращается к таким сложным и многогранным психологическим образованиям, как личность и индивидуальность. Анализу подвергаются их различные стороны: характерологические особенности, темперамент, способности, самосознание и самооценка, система ценностей и т. д. При этом нередко упускается из виду, что индивид, личность является составной и существенной частью этноса, и именно этнические и культурные стереотипы поведения, выраженные в традициях, верованиях, обычаях, обрядах, стиле мышления и ценностной организации жизни, формируют базовые психологические особенности человека. В связи с этим высоковероятной представляется их роль в формировании девиантного поведения на базе невротических расстройств.

В последние годы психологами прицельно изучается такой психологический феномен, как антиципация. Под антиципацией понимается способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать поведение окружающих и собственные реакции и поведение, строить вероятностный прогноз, основываясь на прошлом опыте (Б. Ф. Ломов, И. М. Фейгенберг). Следует признать, что антиципационные способности являются продуктом социализации и, следовательно, на их формирование существенное влияние оказывают этнические стереотипы поведения, нашедшие отражение в понятиях

«здравого смысла» и каузальной атрибуции (В. Д. Менделевич, Д. А. Авдеев, С. В. Киселев). На основании многолетних клинико-психопатологических и патопсихологических исследований нами была выдвинута и обоснована антиципационная концепция неврозогенеза, суть которой заключается в том, что этиопатогенез невротических расстройств рассматривается как производное от преморбидного несовершенства механизмов функционирования антиципации и вероятностного прогнозирования. Как показал анализ результатов исследований и экспериментов с больными неврозами и лицами с девиантным поведением на базе невротических развитии личности, существенное патогенетическое значение для формирования невротических расстройств заболевания имеют преморбидные антиципационные способности человека. Именно они способствуют субъективному оцениванию жизненных событий как психотравмирующих в результате несовпадения прогноза вероятности ситуации с реально возникшей. Клинические наблюдения позволили описать психологический тип «потенциального невротика».

Учитывая то обстоятельство, что антиципацию можно рассматривать в качестве этнокультурного феномена, научный интерес представляет анализ влияния этнических и культурных стереотипов поведения, в частности в российских условиях, на процесс формирования отклоняющегося невротического поведения. Формированию антиципационных способностей лиц, заболевших неврозами, способствуют широко распространенные традиции, верования, предубеждения, оказывающиеся устойчивыми этнокультурными особенностями и транслирующиеся в процессе воспитания. Они, как правило, закреплены в пословицах, поговорках и диктуют члену этноса строго очерченный стиль поведения, формируя «стереотипизацию опыта» (И. С. Кон). В условиях российского этноса существенными для процессов неврозогенеза оказываются традиции, по которым запрещено или не поощряется прогнозирование человеком отрицательного исхода собственной деятельности и субъективно значимых событий, что формирует т. н. антиципационную несостоятельность — характерную черту личности «потенциального невротика». Этнос накладывает табу на разновариантное прогнозирование, диктуя человеку необходимость экспектации лишь эмоционально положительных событий. Подобная традиция приводит к тому, что в условиях неспрогнозированности нежелательное событие оказывается психотравмирующим и способствует формированию отклоняющихся невротических стереотипов поведения.

До настоящего времени продолжает дискутироваться вопрос о роли этнокультурных особенностей человека в этиопатогенезе психопатологического типа девиантного поведения, в частности при шизофрении. Несмотря на тот факт, что шизофрения причисляется к наследственно-конституциональным психическим заболеваниям, открытым остается вопрос о патогенетической значимости такого психологического и культурного фактора, как воспитание. Понятие «шизофреногенная мать» и воспитание, включающее «парадоксальную коммуникацию», а также склонность к мифологическому стилю мышления, привлекает исследователей.

6Зак. 4226



Рис. 19. Влияние этнокультурных факторов на клинические проявления отклоняющегося поведения

Клинический аспект этнокультурного подхода в психологии девиантного поведения может быть разделен на три самостоятельных фактора (рис. 19).

В рамках первого следует обратить внимание на специфические поведенческие девиации и расстройства, встречающиеся исключительно в определенных этнических и культурных группах. Они достаточно широко известны и хорошо описаны в отечественной и зарубежной литературе. К ним относят, например, амок, коро, лата, меряченье, икота.

Амок, встречающийся в странах Азии и Океании, по клиническим проявлениям сходен с сумеречным расстройством сознания. В него включаются, как правило, четыре признака: продромальная тоска, гомицидные тенденции на базе психомоторного возбуждения, внезапное, без видимых причин, начало и амнезия после восстановления расстроенного сознания. Считается, что амок встречается при реактивных психозах в рамках патологического аффекта, а также у больных эпилепсией. Провоцирующим моментом для развития этого расстройства может стать прилюдное оскорбление человека, у которого отмечают такие специфические особенности характера, как обидчивость, ранимость по отношению к оценке его окружающими.

Симптомокомплекс *коро* представляет собой депрессивно-ипохондрический синдром психотического уровня, сопровождающийся выраженными сенестопатическими ощущениями. При этом отмечается убежденность человека в том, что у него резко изменяются в размерах половые органы (половой член у мужчин и большие половые губы у женщин): «сморщиваются, втягиваются в брюшную полость». На фоне выраженной тревоги и страха больные предпринимаютотчаяные попытки удержать на прежнем месте половые органы. Они пришивают или подвязывают их, пытаются удержать руками. В литературе описаны эпидемии коро (в Сингапуре в 1967 году и в Бенгалии в 1982 году), когда одновременно неадекватный поведенческих стереотип (коро) возникал у большого числа людей.

Из описанных на основе изучения российских этнокультурных групп населения можно отметить поведенческую девиацию, названную *меряченьем.* Она проявлялась в массовом возникновении таких психопатологических симптомов, как эхолалия, эхопраксия, эхомимия, а также включало автоматизированное выполнение приказаний окружающих при формально ясном сознании (В. М. Блейхер, И. В. Крук). На севере России (Архангельская и

Мурманская области, Коми-Пермяцкий округ) среди местного населения стойко бытует мнение о постоянном присутствии в природе «злого существа — икоты (икотки)», что в условиях фрустрации способно приводить к возникновению девиантного поведения, названного *икоткоп* (М. Д. Урюпина). Оно выражается в приступах насильственного говорения (нередко искаженным голосом) с убежденностью, что «говорящая икотка» поселилась в организме человека, овладела его голосом и мыслями.

Традиционным для русской культуры можно считать девиантное поведение, обозначаемое как *юродивое поведение (юродство)*. По мнению П. И. Сидорова с соавторами, чертами такого поведения являются: отказ от мирского благополучия (добровольный отказ от своего имущества, аскетический и смиренный образ жизни), сочетающийся с сознательным асоциальным поведением (буйствованием, странничеством, пародированием церковной службы и т. д.), дар пророчества, стремление обличать царящую в мире неправду, исходя из норм христианской морали.

Второй параграф клинического аспекта этнокультурных влияний включает анализ структурно-динамических особенностей проявления и распространения известных девиантных форм поведения и психопатологических расстройств. Многие ученые (Э. Крепелин, Т. Ламбо, Д. Амоако, Дж. Купер, Н. Сарториус) обратили внимание на то, что реактивные психозы чаще встречаются в Африке, чем в Европе; кататония преобладает в Индии и Африке; бред самообвинения встречается преимущественно у европейцев; в традиционных культурах слуховые псевдогаллюцинации с позитивным содержанием встречаются чаще, чем в других, так же как истинные галлюцинации — чаще, чем псевдогаллюцинации. По некоторым данным (Н. Клетт), отмечаются различия даже по странам Европы: в Англии чаще отмечается бред величия, **во** Франции — галлюцинаторно-параноидные психозы, в Германии — тревожно-депрессивные состояния, в Швеции какой-либо специфики не наблюдается. Однако, по мнению В. П. Самохвалова, в различных этносах при разном содержании психопатологических переживаний все же имеется базисное сходство психозов, что позволило автору выдвинуть гипотезу об историогенетических корнях эволюции психозов.

Различные клинические формы девиантного поведения, так же как и психопатологические расстройства, имеют специфические структурно-динамические особенности. **Отклоняющееся агрессивное поведение** редко напрямую бывает обусловлено этнокультурными факторами, однако можно утверждать, что субкультурные параметры (например, криминальная среда, группы подростков) способны формировать готовность разрешать возникающие проблемы с помощью активности, направленной на соперника. Одной из важных этнокультурных составляющих агрессивного поведения считается *предвзятая атрибуция враждебности* (Р. Бэрон, Д. Ричардсон), под которой понимается готовность индивида принимать и оценивать непонятные действия окружающих дурными намерениями.

Аутоагрессивное поведение, так же как и агрессивное, может иметь этнокультурные корни и особенности. Известным является факт широкой рас-

пространенности суицидального поведения среди представителей угро-финской этнической группы. На риск суицидального поведения влияет и фактор вероисповедания. В католических странах (Италия, Испания, Португалия) отмечается низкий процент самоубийств, так же как и в странах ислама. Ученые всего мира на протяжении многих лет пытаются проанализировать лидирующее положение Венгрии по показателю сиуцидального поведения. Одной из наиболее интересных версий представляется версия, связанная с понятием «венгерского характера», который включает такие качества, как смелость, чувство собственного достоинства, самонадеянность, избегание демонстрации собственной слабости, открытость и отсутствие выдержки (Г. Отто).

В литературе описаны такие этнокультурные варианты суицидального поведения, как *сати* и *харакири*. Они относятся к т. н. **ритуальному суицидальному поведению,** отличающемуся от индивидуального стремлением достичь внешней гармонии с окружающим миром (а не внутренней, как при индивидуальном самоубийстве), отсутствием свободы в принятии решения об уходе из жизни и в выборе способа, средств, места и времени самоубийства, а также минимальным самовыражением личности в суицидальном акте (Л. 3. Трегубов, Ю. Р. Вагин). Сати — это ритуальное самосожжение индийских вдов после смерти мужа, а харакири — традиционный способ ухода из жизни японских самураев (наряду с суицидом в форме откусывания собственного языка), соответствующий их кодексу чести.

Девиантное поведение в виде **злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние,** имеет специфичные этнокультурные особенности. В случаях, когда таким веществом становится *алкоголь,* указывается на «традиции пития», паттерны алкогольного поведения, мотивы употребления спиртных напитков. При этом традиции употребления алкогольных напитков рассматриваются в связи со структурой личности, национального характера, способами совладания со стрессовыми ситуациями. Значимым диагностическим культурно обусловленным параметром считается понятие «злоупотребления» и его дифференциация с употреблением. В традициях стран и народов со «спиртовой культурой», в отличие от «винных и пивных культур», грань между патологией (или девиацией) и нормой алкогольного поведения крайне незначительна. Так, например, считается, что нормой является способность хорошо переносить большие дозы алкоголя («Чем больше, тем здоровее, нормальнее человек»). Нередко в таких культурах девиацией называют трезвеннические установки и поведение, обосновывая это нетактичностью, нелюдимостью, недружелюбностью отказывающегося от употребления спиртных напитков. Интересным представляется широкая платформа культурного оправдания или осуждения алкогольного поведения, сочувственного или негативного отношения к выпившему (пьяному).

Для оценки влияния этнических факторов на формирование тех или иных психопатологических синдромов и даже на частоту возникновения некоторых психических заболеваний интересным представляется анализ факта меньшей распространенности алкоголизма среди итальянцев и евреев (Р. Ф. Бейлз),

чем среди других европейских этнокультурных групп. Э. Е. Бехтель считает, что зарегистрированный факт объясняется культурными традициями реагирования на стрессовые ситуации. В названных этнокультурных группах на фрустрирующую ситуацию принято реагировать не увеличением приема алкоголя, а увеличением приема пищи.

Структура *употребления наркотических веществ* подвержена этнокультурному влиянию в меньшей степени. Однако известно, что в некоторых государствах употребление «легких наркотиков» (марихуаны) не расценивается как серьезная девиация и даже узаконено их использование медицине.

Нарушения пищевого поведения в виде нервной анорексии характерны для лиц с высоким культурным уровнем (У. Байер, Г. Брач, М. Пеланц, А. Вольф). Существенное значение для формирования девиаций пищевого поведения имеет значимость процесса питания. Для многих культур и стран с западным психологическим типом взаимоотношений еда не является ценностью (особенно ее количество). В других же регионах мира (на Востоке) гостеприимство подразумевает обильное потребление пищи и угощение ею. Кроме того, разнятся стандарты красоты и внешней привлекательности, влияющие на способ приема пищи и пищевые стереотипы. Восточный тип красоты подразумевает полноту, западный — худобу. Определенные личностные культурно обусловленные особенности выражаются и в таком нарушении пищевого поведения, как гиперфагическая реакция на стресс. Оно возникает вследствие невозможности найти правильный (непищевой) выход из конфликтной ситуации или использовать совершенные способы психологической защиты.

Считается, что **сексуальные девиации и** перверсии имеют существенную этнокультурную обусловленность. Их диагностика и оценка нередко всецело зависят от культурных традиций и верований. По мнению И. С. Кона, сексуальное поведение — это социокультурное, а не биологическое явление, и следовательно, оценка девиаций должна строиться лишь с учетом сексуальной культуры индивида. Ярким доказательством социокультурной обусловленности сексуального поведения служит приобретение эрекцией знакового характера (признак агрессии или вызова).

Некоторые формы сексуальных отклонений поведения регистрируются чаще, чем другие. Так, гиперсексуальность более типична для представителей южных народов по сравнению с северными, выбору гомосексуального поведения нередко способствует стиль жизни, причастность к определенному субкультурному кругу людей («богеме»). Известно, что оценка сексуальных девиаций может зависеть от конфессиональных регламентации.

Из **сверхценных психологических и психопатологических увлечений** лишь некоторые имеют этнокультурную специфику. Так, считается, что *трудоголизм* присущ в большей степени выходцам из западной психологической культуры (немцам, американцам), а увлечение азартными играми *(гемблинг)* характерно для лиц с восточной психологией.

Возникновение **коммуникативных девиаций,** так же как и некоторых иных форм отклоняющегося поведения, зависит от этнокультурного понимания нормы коммуникации, в частности общительности. Известно, что предста-

вители южноамериканских и африканских государств более экспрессивны и коммуникабельны, чем северяне. Вследствие этого диагностика *аутистического поведения и гиперобщительности* должна разниться в различных регионах мира. *Отклоняющееся поведение на базе ревности* нередко связано с этнокультурными взглядами на нормативность поведения (проявление верности) мужчин и женщин. Большее значение в данном случае имеет структура общественных отношений на уровне семьи. В культурах, построенных на авторитаризме, имеются одни (более жесткие) требования к верности и ревность носит более выраженный антисоциальный характер. При демократической структуре отношений критерии девиантности поведения на базе ревности кардинально иные. Специфика общественных отношений влияет на становление и такой коммуникативной девиации, как *конформизм*.

Отклоняющееся поведение в форме **безнравственного, аморального и неэстетичного поведения** больше других зависит от доминирующих этнокультурных традиций.

Механизм феномено-, симптомо- и синдромообразования поведенческих аномалий, девиаций и расстройств представляет несомненный теоретический и практический интерес. В настоящее время можно усмотреть три подхода в оценке этого механизма: *биологический, психологический и этнокультурный*. Базируясь на биологическом подходе, клиническое разнообразие девиантных форм поведения предлагается рассматривать с позиции деятельности мозга, поражения определенных структур и областей которого, по мнению апологетов биологического подхода, ответственны за образование тех или иных особенностей поведения. С позиции психологического подхода за этот процесс отвечают характерологические и личностные особенности. Этнокультурный подход основывается на том, что определенные культуры и этносы формируют строго заданные ценностные ориентации, которые преломляются в личности человека (девианта) и способствуют появлению определенных клинических форм девиаций.

Как уже указывалось в предыдущих главах, одной из наиболее значительных и убедительных транскультурных концепций в области психологии считается дифференциально-аналитическая концепция Н. Пезешкиана. В ней, в частности, разработана схема приоритетных отношений человека и описаны кардинальные психологические особенности двух культур: западной и восточной (см. более подробно в главе 2).

Можно предполагать, что отраженные выше результаты научных исследований, показывающие, что в разных регионах мира, у лиц различных культурных групп доминируют специфические формы девиантного поведения и психопатологические симптомокомплексы, основаны на культурных психологических традициях. Отметим, что для стран с выраженным «восточным типом культуры и ценностей» (государства Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Африки, Латинской Америки) характерными оказываются психические проявления, затрагивающие области «контактов» и «фантазии/будущего». Вследствие чего в клинической картине психических заболеваний преобладают религиозные, мистические темы, бред носит чувственный или

образный характер, часты обманы восприятия, девиантные формы поведения выражаются этнокультурными способами реакции на стресс (например, алкоголизация). У представителей же регионов мира с типичной «западной культурой» доминирующими становятся систематизированные формы бреда, ипохондрические мотивы в виде «паранойи здоровья», идеи ущерба, дисморфоманические признаки, нарушения пищевого поведения, аутизация и одиночество, что может быть объяснено затронутостью приоритетных сфер «тело» и «деятельность».

Третий параграф клинического аспекта этнокультурного подхода в психологии девиантного поведения нацелен на оценку роли этнокультурных факторов в формировании особых нозологических форм психических заболеваний. Из известных заболеваний лишь одно можно причислить к этой группе — болезнь Жиля де ля Туретта. Оно проявляется в виде генерализованных тиков, захватывающих мышцы лица и нередко сопровождается насильственной вокализацией (копролалией). По данным американских психиатров и неврологов, данная болезнь в подавляющем большинстве случаев регистрируется у евреев из этничнеской подгруппы ашкенази (К. Видерхольт).

В рамках клинического аспекта особо выделяется раздел, изучающий этнокультурное влияние на формирование исходов (дефекта, изменений личности и пр.) психических расстройств и поведенческих девиаций. Традиционно анализу подвергаются отдаленные последствия шизофрении и алкоголизма. Так, считается, что деградация личности при алкоголизме не напрямую связана с токсическим воздействием алкоголя на головной мозг. Некоторые авторы отмечают, что определенные культурные особенности человека способны препятствовать или способствовать скорости нарастания изменений личности при алкоголизме. Этнокультурные влияния на формирование алкогольных изменений личности сходны с подобными влияниями на выбор формы поведения в момент алкогольного опьянения. В этнических группах, нацеливающих своих членов на рефлексивный тип поведения, алкогольное опьянение не носит дезорганизующего и антисоциального характера.

Коррекционно-терапевтический аспект этнокультурной психологии девиантного поведения включает в себя оценку влияния различных традиционных и приоритетных способов психологического воздействия (психокоррекции и психотерапии) на эффективность купирования поведенческих девиаций. Остановимся на этом подробнее.

Традиционным для психотерапии последних десятилетий считается выбор конкретных психотерапевтических способов и методов на основе клинических форм поведенческих девиаций и клинико-психологических особенностей пациента (клиента). Во главу угла при оценке показаний для психотерапии обычно ставится либо психологический феномен, либо психопатологический симптом, либо нозология, либо индивидуальные параметры больного (психофизиологические —типтемперамента, психологические — направленность характерологических черт, социально-психологические — личностные свойства), либо специфические для отдельных психотехник характеристики, например внушаемость и гипнабельность. Подобные показания несомненно

важны для подбора наиболее эффективных способов психотерапевтического воздействия. Однако современные исследования в области теории и практики психотерапии выявили существенную значимость транскультурного аспекта (Н. Пезешкиан).

Теоретической базой транскультурного подхода к психотерапии являются представления о том, что практически любая психотерапевтическая методика в первую очередь обращена к личности пациента (клиента), а личность формируется в определенной этнокультурной среде, усваивая соответствующее мировоззрение, традиции, паттерны осмысления действительности и поведения, нормы психологического реагирования. Следовательно, апеллирование в процессе психотерапии к личности девианта (даже если при этом затрагиваются под- или бессознательные уровни) является опосредованным воздействием на его «историко-культурную базу» (Ж. Лакан). По мнению А. Айви, М. Айви, Л. Саймек-Дайнинг, в понятие историко-культурной базы входят такие демографические показатели, как пол и возраст, значимость которых определяется психологически обусловленными ценностными предпочтениями; расовой (национальной, этнической) специфичностью; вероисповеданием и сексуальной ориентацией. Особый интерес в плане транскультурного подхода к психотерапевтической теории и практике представляют аспекты, учитывающие роль этнокультурного (национального, расового) и религиозного факторов, поскольку они в большей степени, чем другие, связаны с базисными личностными установками, формирующими потенциальные внутриличностные конфликты и требующими психологической коррекции.

По данным Н. Пезешкиана, именно социокультурные факторы, к которым автор причисляет этнопсихологические параметры и религиозные предпочтения, имеют принципиальное значение в формировании конфликтов, проблем, девиантных форм поведения, невротических и психосоматических симптомов. Проявлениями же вышеперечисленных параметров становятся актуальные (первичные и вторичные) способности человека. Под ними понимается следование таким психосоциальным нормам, как: пунктуальность, аккуратность, чистоплотность (опрятность), послушание, вежливость, честность, верность, справедливость, бережливость, прилежание или успех в деятельности, надежность, точность, а также образец для подражания, терпение, время, общительность, сексуальность, доверие, уверенность в способностях партнера, вера, сомнение, уверенность и единство, понимаемое как цельность (Н. Пезешкиан). Невротический конфликт, требующий психотерапевтического исправления, видится автору в столкновении во взаимоотношениях между людьми (в семье — между родителями и детьми, супругами, на работе — между сотрудниками или начальником и подчиненными, в быту — между соседями) в несовпадении актуальных способностей, а также в несовпадении ожиданий от участников коммуникации с реальностью. Причем конфликт рассматривается как противостояние и противодействие двух или более недопонимающих друг друга культур, традиций, верований, мировоззрений, стилей жизни.

Проследить влияние культурных факторов на эффективность коррекции и терапии девиантных форм поведения можно на примере коррекции отклоняющегося поведения в виде злоупотребления алкоголем и невротических расстройств. В основе традиционной опосредованной психотерапии алкогольного девиатного поведения и алкоголизма лежит комплекс запретительных мер, нацеленных на выработку у девианта опасения (и страха) неминуемых тяжких расстройств здоровья в случае возвращения к употреблению спиртных напитков. Считается, что подобный способ может оказаться эффективным лишь в случаях совпадения психологических особенностей психотерапевтического воздействия и личностных свойств пациента, опосредованных этнокультурными факторами. В процессе рациональной психотерапии алкоголизма психотерапевт распределяет ответственность за эффективность терапии поровну между собой и больным.

Таким образом, принципиальная разница двух психотерапевтических подходов заключается в том, что при аверсивной психотерапии физиологическая алкогольная зависимость заменяется психологической зависимостью от психотерапевта и страхом нарушения табу, в то время как при использовании рациональной психотерапии подобных зависимостей не формируется и пациенту предоставляется достаточно большая свобода действий. Безосновательно считается, что больному алкоголизмом (особенно на II и III стадиях заболевания) в силу изменений личности, то есть сформировавшихся субкультурных свойств, не показано применение «гуманистически-ориентированных» психотерапевтических методик.

Сравнительный анализ эффективности двух принципиально различных психотерапевтических методик показывает, что результат зависит не только и не столько от стадии заболевания, сколько от культурных особенностей пациентов, в первую очередь от ориентации на демократический или авторитарный стили общения. Девиантам с демократической направленностью личности, в которую включаются такие психологические качества, как способность выслушивать чужую точку зрения, находить компромиссы при общении с людьми, не показаны культурно чуждые им методы «кодирования». Тогда как пациентам с авторитарной направленностью личностных качеств в виде традиций требования от окружающих подчинения, непререкаемости, жесткости в общении, а значит, уважения силы малоэффективны психотерапевтические методики, апеллирующие к морально-нравственным ценностям.

Сходные выводы можно сделать и при выборе эффективных психотерапевтических методик при коррекции и терапии невротических форм девиантного поведения. У тех пациентов, для которых результативной оказывается суггестивная психотерапия, отмечаются следующие личностные особенности, опосредованные культурными факторами: потребность ориентироваться на прямые указания-советы, как разрешить конкретную ситуацию, или на внешнее снятие симптомов («стирание из памяти» психотравмируюших ситуаций). Если при классической (традиционной) психотерапии основной упор делается на снятие аффективных симптомов невротических расстройств с помощью суггестивных методов, то при позитивной психотерапии усилия психотерапевта на-

правляются на осознание пациентом потенциальных и актуальных внутриличностных конфликтов. Позитивную психотерапию можно отнести к методикам психотерапии «здравым смыслом», использующим элементы рациональной психотерапии. Одним из наиболее важных тезисов позитивной психотерапии является транскультурный принцип, нацеленный на позитивное истолкование симптома или проблемы с помощью сравнения его со сходными феноменами, встречающимися в других культурах и не носящих оттенка патогенности. Подобный психотерапевтический прием предполагает использование метафор, историй, притч, пословиц и поговорок других народов и культур. Позитивная психотерапия оказывается эффективной лишь в тех случаях, когда пациент соглашается разделить ответственность за исход коррекции и терапии с психотерапевтом, а также учиться на культурных различиях.

Можно утверждать, что социокультурные факторы немаловажны при выработке показаний для тех или иных методов и способов психотерапии, и предполагать, что эффективность некоторых мистических и нетрадиционных методов психотерапии (голотропное дыхание по С. Грофу, нейролингвистическое программирование, терапия «первичным криком» и пр.) базируется на культурных особенностях, опосредованных социокультурными процессами.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. Естественно сложившийся на основе оригинального стереотипа поведения коллектив людей, существующий как энергетическая система (структура), противопоставляющая себя всем другим таким же коллективам, исходя из ощущения комплиментарности, обозначается термином:
а) нация;
б) раса;
в) культура;
г) субкультура;
д) этнос.

2. Самооценку этнической или культурной группы отражает:
а) этнокультурный стереотип;
б) этнокультурный гетеростереотип;
в) этнокультурный автостереотип;
г) этнокультурный интеростереотип;
д) этнокультурный паттерн.

3. К аспектам этнокультурной психологии девиантного поведения относят все нижеперечисленные, за исключением:
а) клинического;
б) коррекционно-терапевтического;

в) диагностического;
г) этиопатогенетического;
д) феноменологического.

4. Типичным для России этнокультурным девиантным поведенческим стереотипом (расстройством) является:
а) амок;
б) коро;
в) икотка;
г) гемблинг;
д) картинг.

5. Суггестивные методы психотерапии являются более эффективными для представителей:
а) западной психологической культуры;
б) восточной психологической культуры;
в) северной психологической культуры;
г) южной психологической культуры;
д) все ответы верны.

6. Суицидальное поведение наиболее распространено у представителей:
а) азиатской культуры;
б) тюркской группы;
в) североамериканской культуры;
г) латиноамериканской культуры;
д) фино-угорской группы.

7. Девиантное поведение в форме наркозависимости является типичным этнокультурным стереотипом для:
а) американцев;
б) русских;
в)голландцев;
г) туркменов;
д) не имеет национальной специфичности.

8. Феномен «нарциссизма малых различий» описал:
а) Л. Н. Гумилев;
б) В. Н. Мясищев;
в) 3. Фрейд;
г) К. Юнг;
д) А. Адлер.

9. Индикаторами оценки поведенческой нормы в этнопсихологии считаются:
а) танцы;
б) песни;

в) стихи;
г) живопись;
д) пословицы и поговорки.

10. К психотерапевтической методике, использующей транскультурные сравнения, относят:
а) бихевиоральную психотерапию;
б) позитивную психотерапию;
в) гипноз;
г) гештальттерапию;
д) нейролингвистическое программирование.

Рекомендуемая литература

1. *Касьянова К.* О русском национальном характере. М., 1994.
2. Культурные и этнические проблемы психического здоровья / Под ред. Т Б. Дмитриевой, Б. С. Положего. М, 1996.
3. *Леви-БрюльЛ.* Сверхъестественное в первобытном мышлении. М., 1994.
4. *Менделевии В.Д., АвдеевД. А., Киселев С. В.* Психотерапия «здравым смыслом». Чебоксары, 1992.
5. *Пезешкиан Н.* Психотерапия повседневной жизни. М., 1995.
6. *Самохвалов В. П.* История души и эволюция помешательства. Сургут, 1994.
7. *Сикевин 3. В.* Социология и психология национальных отношений. СПб., 1999.
8. *Циркин С. Ю.* Шизофрения: транскультурное исследование. Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1988.
9. Этнические стереотипы поведения / Под ред. А. К. Байбурина. М., 1985.

Глава 5

ТЕНДЕРНЫЕ ВАРИАНТЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Типы, клинические формы и структура девиантного поведения помимо этнокультурной специфичности имеют половую и тендерную окраски. Некоторые из девиаций считаются атрибутом исключительно мужского или женского стилей отклоняющегося поведения, иные могут в меньшей степени зависеть от половой принадлежности человека.

Для того чтобы обнаружить тендерную специфику девиантных форм поведения, необходимо определить нормативность и отличительные параметры женского и мужского полоролевого поведения, которые оцениваются на основании различий темпераментальных особенностей, характерологических свойств и личностных качеств.

К поведенческим особенностям психофизиологического характера, имеющим корреляции с полом человека, можно отнести известные факты лучшей переносимости женщинами *болевых ощущений, состояний длительной ограниченности движений или обездвиженности.* Этот факт может быть объяснен как психофизиологическими особенностями пола, так и психологическими традициями роли женщины и мужчины в определенных обществах и культурах.

Известно, что у народов Запада считается, что роды связаны с одними из самых сильных болевых ощущений, которые может испытать человек. Вследствие этого формируется определенное отношение к боли, готовность ее испытать и собственно выраженные болезненные ощущения женщин. Противоположное отношение к родам описывается у женщин ряда африканских народностей. Там ожидающая ребенка женщина продолжает активно трудиться физически, относясь к родам как к обычному явлению, не сопряженному с болевыми ощущениями. Фактически подобная предиспозия к болевым ощущениям способствует и более легкой переносимости родов.

Влияние психологического отношения к иммобилизации известно давно. Мужчины значительно хуже, чем женщины, эмоционально переносят длительный период ограничения движений или полной обездвиженности. То есть можно утверждать, что на девиантный стиль поведения мужчины оказывает влияние возможность в полном объеме совершать действия. Ограничение этих

возможностей способно приводить к характерологическим и патохарактерологическим реакциям и становлению девиации (например, агрессии). Именно поэтому в процессе социализации с целью профилактики неадекватных форм поведения мальчику требуются большая физическая активность и свобода действий. Иногда указывают даже на значимость процесса пеленания младенца для становления отклоняющегося или нормативного поведения.

Мужской и женский стили поведения могут базироваться и на тендерных различиях психомоторики (походки, жестикуляции, письма), эргичности, скоростных (темповых) характеристиках и предметной пластичности (В. М. Русалов). Энергетический уровень потребности в освоении предметного мира (эргичность), так же как и способность к переключению с одних форм поведения на другие (предметная пластичность) и более скоростные характеристики типичны для мужского стиля темперамента. По данным В. М. Русалова, у мужчин по сравнению с женщинами чаще наблюдается жажда деятельности, избыток сил, высокая работоспособность, гиперактивность, более выражено стремление к напряженному умственному и физическому труду. Кроме того, для мужчин более характерны гибкость мышления, легкость переключения с одного вида деятельности на другой, стремление к разнообразию форм деятельности, высокий темп поведения, более высокая психомоторная скорость выполнения операций при осуществлении предметной деятельности. Для женщин — легкость вступления в новые социальные контакты, более широкий набор коммуникативных программ, сильнее выраженная коммуникативная импульсивность, легкость в переключении в процессе общения, а также повышенная чувствительность к неудачам, беспокойство, неуверенность, тревога.

Таким образом, на уровне сбалансированного психофизиологического функционирования (темпераментальных свойств) можно отметить тот факт, что стилевые характеристики поведения мужчин и женщин существенно разнятся. Процесс воспитания способен сгладить или заострить различия и сказаться на становлении и диагностике девиантных форм поведения.

На уровне характерологических свойств стилевые особенности проявляются в виде тендерных стереотипов полоролевого поведения. Под ними понимаются модели поведения, система предписаний, которые должен усвоить соответствующий индивид, чтобы его признали мужчиной или женщиной (И. С. Кон). Формирование полоролевого поведения происходит на базе соответствующих тендерных особенностей темперамента под воздействием воспитания. Как правило, воспитание носит целенаправленный характер и включает в себя традиционные вербальные и невербальные способы. Оно начинается с первых дней жизни человека. Например, традиции предписывают перевязывать одеяло новорожденных мальчика и девочки лентами различного цвета (голубого и розового соответственно). Данный ритуал означает начало длительного периода полоролевого воспитания с целью сформировать адекватные биологическому полу тендерные стереотипы поведения. В дальнейшем это становление включает в себя различие в играх («дочки-матери», «война»), одежде (брюки, юбки), внешности (банты, галстуки). Вершиной полороле-

вого воспитания является формирование психосексуальной ориентации (гетеро- или гомосексуальной), что имеет значение для оценки сексуальных девиаций и перверсий.

Оценка нормативности женского и мужского поведения зависит от этнокультурных параметров, поскольку половые роли могут разниться в зависимости от общественных ожиданий и требований. В одних странах и регионах эти ожидания характеризуются существенными различиями, в других —сближаются и даже сливаются (унисексуальный стереотип). В культурах «восточного типа» отмечается дистанцирование и строгая очерченность тендерных стереотипов поведения с предписыванием женщинам и мужчинам различных видов деятельности и способов взаимодействия в обществе и семье. В западной психологической культуре отмечается сближение половых ролей. Именно в западном мире родился и развивается феминизм, первоначально направленный на борьбу за равные социальные права мужчин и женщин, но фактически переродившийся в борьбу женщин за размывание границ полоролевого поведения.

Несмотря на существование разных этнокультурных взглядов на полоролевое поведение, все же можно отметить следующие характеристики типичного (нормативного) женского и мужского стереотипов поведения на уровне характерологических особенностей. К мужскому стереотипу, обозначаемому как *маскулинность,* относят: активность, бескомпромиссность, решительность, независимость, самостоятельность, самодостаточность, эмоциональную устойчивость. К женскому, называемому *фемининностъ,* причисляют: покорность, нежность, послушание, терпимость, аккуратность, зависимость, несамостоятельность, чувственность, эмпатийность, тревожность и склонность к ярким экспрессивным реакциям.

Анализ тендерных стилей поведения показывает, что значимыми являются особенности поведения и самопрезентации человека в следующих сферах:

1) внешность и стиль одежды;
2) манера поведения (мимика, жесты, походка);
3) манера речи;
4) стиль взаимодействия в семье;
5) стиль взаимодействия в обществе;
6) стиль сексуальной активности.

На основании *внешности и выбора стиля одежды* типичный женский и мужской стереотипы существенно различаются. Традиционные требования и ожидания диктуют необходимость выбирать и носить одежду, подчеркивающую половую принадлежность или по крайней мере не противоречащую ей. Например, использование косметики в рамках традиционной оценки нормативности полоролевого поведения приписано лишь женщинам, так же как и определенный вид одежды и аксессуаров (юбки, банты, броши, туфли на высоком каблуке и т. д.). Отклоняющимся по стилю (неэстетичным) может быть признано поведение, не соответствующее приведенным традициям и нормам, например использование женской одежды, обуви и аксессуаров мужчиной,

так же как и ношение женщиной «грубой» обуви, бесформенных брюк и т. д. Иногда отклоняющимся по эстетическим параметрам может быть признано поведение женщины, бреющей голову, или мужчины, который красит волосы в неестественный цвет.

К типично женским *манерам поведения* относят жеманство, кокетство, манерность, особый стиль походки, более яркую и демонстративную жестикуляцию, в отличие от типичной мужской скупости движений, сдержанности в проявлениях эмоций. Различия *манер речи* заключаются в звучности, тембральной специфичности и выраженной эмоциональной подкрепленности. Кдевиантным формам поведения может быть отнесена манера поведения, выходящая за рамки тендерных эстетических норм, например грубый низкий голос у женщины.

Стили взаимодействия в семье и в обществе отражаются в таких поведенческих феноменах, как: субординация, главенствование, существование т. н. женских и мужских обязанностей и дел. Нередко они проявляются в стиле принятия ответственности и решений. Понятие «быть под каблуком у жены» может отражать тендерный вариант девиантного поведения в определенной культурной среде. В процессе альтернативного полоролевого воспитания мальчику и девочке предписывается выполнять по дому лишь те дела, которые соответствуют традиционному пониманию роли будущего мужчины и женщины. Например, характерным занятием для девочки считается уборка квартиры, стирка, приготовление пищи, для мальчика — хозяйственные работы, ремонт.

Особую роль в оценке нормативности и девиантности тендерного поведения играют *стили сексуальной активности.* В обществах с традиционным разделением полоролевых стандартов поведения считается, что сексуальная активность предписана мужчине, пассивность — женщине. Это проявляется в том, что мужчина берет на себя ответственность за формирование т. н. *сексуального сценария* партнерской пары, то есть именно он, а не женщина, определяет время, место, частоту, способы сексуальных действий. С другой стороны, это накладывает на него и ответственность за качество сексуальных контактов. В сексуальных культурах со строгой регламентацией действий для описания нормативного и девиантного поведения мужчины и женщины при интимной близости используются разные термины (мужчина «овладевает», женщина «отдается»). При проявлении излишней сексуальной активности женщины и пассивности мужчины их поведение может быть отнесено к отклоняющемуся.

Выделяют классические и неклассические типы полоролевых особенностей (С. Беем; рис. 20).

К классическим вариантам относят маскулинность и фемининность, к неклассическим — андрогинность (сочетание маскулинности и фемининности) и недифференцированность тендерного стереотипа поведения. Нормативным считается поведение, соответствующее биологическому полу (маскулинное у мужчины, фемининное у женщины). Остальные варианты могут быть при определенных условиях отнесены к формам девиантного поведения.



Рис. 20. Типы полоролевых особенностей

В рамках психологии девиантного поведения выделяют гиперролевое поведение, характеризующееся тем, что нормативные тендерные особенности проявляются в крайней, иногда гротескной форме. У мужчин гиперролевое поведение называется *гипермаскулинным,* у женщин — *гиперфемининным.* В первом случае оно выражается в агрессивности взамен активности и решительности, в грубости вместо бескомпромиссности, в заносчивости, а не в самостоятельности или самодостаточности, в эмоциональной холодности вместо устойчивости. Кроме того, могут иметь место гиперсексуальность и садистические наклонности. Для гиперфемининного, в отличие от фемининного типа, характерны: жертвенность взамен терпимости и покорности, инфантилизм вместо доверчивости и нежности, конформизм, а не послушание, сентиментальность, а не чувственность, асексуальность и мазохистические тенденции.

К преимущественно женскому варианту патохарактерологического типа девиантного поведения относят истерическое, к мужскому — нарциссическое поведение. **Истерическое поведение** характеризуется склонностью быть в центре всеобщего внимания, привлекать интерес к себе, не быть незамеченной. Для достижения этой метацели существует набор (репертуар) адекватных и отклоняющихся форм поведения. К первым относится кокетство, жеманство и иные специфически женские стилевые особенности поведения. Ко вторым причисляют нарочитость, вычурность, театральность, неестественность, демонстративность, псевдологию и другие «карикатурные» формы поведения. На базе истерического отклоняющегося поведения возможно формирование *диссоциативных (конверсионных) расстройств.* Клинически они проявляются такими психосоматическими симптомами, как: парезы и параличи (утрата возможности совершать движения и исчезновение чувствительности), афония (потеря голоса), амнезия (потеря памяти), амавроз (утрата способности видеть) и др.

Нарциссическое отклоняющееся поведение несколько сходно с истерическим по клиническим проявлениям. Оно характеризуется грандиозным чувством собственной значимости, талантливости, одаренности, непревзайденности, любованием собой. При этом человек нуждается в постоянном подтверждении собственной исключительности, жаждет комплиментов и одобрения его деятельности со стороны окружающих, не приемлет какой бы то ни было критики в свой адрес. Отличительной чертой нарциссического поведения считается неспособность испытывать настоящие чувства радости и удовольствия от достижения реальных успехов. Такому индивиду свойственно завистливое поведение.

Отличие нарциссического девиантного поведения от истерического заключается в том, что в качестве факторов, к которым привлекается внимание, при нарциссизме становится деятельность человека (результаты его труда, учебы, увлечений), а при истерическом поведении — его внешность и личные качества.

В отличие от мужчин, женщина проходит ряд этапов физиологических и патофизиологических изменений и переживает специфические состояния, которые способны формировать либо гармоничный, либо отклоняющийся тип поведения. К таким состояниям относят *беременность, климакс, бесплодие, предменструальный синдром.*

Особенности гармоничного и девиантного поведения женщин во время беременности на протяжении многих лет привлекают внимание специалистов. При этом отмечается как эмоционально отрицательная роль беременности, так и положительная. О благоприятном влиянии беременности на различные психические расстройства писал еще Гиппократ: «Истерическим девушкам я предписываю замужество, чтобы они излечились беременностью».

Всевозможные особенности в поведении женщины во время беременности можно рассматривать как проявления адаптации организма и личности женщины к наступившей беременности и оценивать их с позиции различных уровней адаптации.

Отмечается типичная нормативная динамика особенностей поведения во время беременности. Обычно в *первые месяцы* беременная чувствует себя неуверенно, остается амбивалентной в отношении предстоящего материнства. Страх перед неизвестностью может привести к подавленности. Беременной нравится (более или менее осознанно) ее состояние, ей хочется быть предметом внимания и забот, в то же время она чувствует, что взрослеет, в ней борются две тенденции — инфантильности и взросления. Эта двойственность, часто вызывающая тревогу, может стать причиной смены настроения, не всегда понятной окружающим. Во *втором триместре* наблюдается относительное спокойствие в состоянии беременной, происшествия довольно редки, осложнения — у здоровых женщин — исключение. Основная черта *третьего триместра* — «погружение в ребенка», ребенок делается средоточением помыслов, интересов и занятий будущей матери. Непосредственно *перед родами* нарастает тревога, которая может выражаться в гиперактивности беременной, желающей ускорить события.

Важной психосоматической проблемой является проблема гестозов беременных. Известно, что у женщин с выраженным нежеланием иметь ребенка чаше наблюдается тяжелая форма токсикоза, в отличие от женщин с желанной и запланированной беременностью. Представители зарубежной медицины, пользуясь концепцией символического языка органов (А. Адлер), интерпретируют рвоту беременных как символическое выражение нежелания беременности и рождения ребенка. Другие ученые, основываясь на принципах учения 3. Фрейда, рассматривают ранние гестозы беременных как следствие «ослабления воли к материнству в связи с развитием цивилизации» или как проявление бессознательного отвращения к мужу.

В отечественной медицине большинство авторов оценивают феноменологию гестозов в зависимости от функционального состояния нервной системы и психологического состояния (в том числе характерологического преморбида) беременной. В. М. Воловик выделяет две группы беременных. К первой группе относятся женщины с незначительными аффективными нарушениями, выражающимися в раздражительности, вспыльчивости, слезливости и обидчивости. Эти нарушения возникают на высоте гестоза и быстро устраняются вслед за исчезновением рвоты и нормализацией общего состояния. У всех женщин этой группы психологическая характеристика практически не отличается от здоровых беременных. У всех имеется положительная установка в отношении беременности, благоприятная семейная ситуация. Их характеризует гармонический склад личности, реалистический подход к возникающим трудностям. Анализируя причины возникновения гестоза и сопутствующих ему аффективных расстройств у пациенток этой группы, автор приходит к важному выводу о том, что любая беременность, в том числе и протекающая совершенно нормально, сама по себе всегда является источником большего или меньшего психического напряжения, в силу чего безразличные в прошлом элементы среды и ситуации приобретают иное субъективное значение и становятся причиной личностных реакций. Во второй группе клиническая картина гестоза отличается значительным полиморфизмом: помимо рвоты и тошноты часто отмечаются ознобы с гипертермией, головные боли, обмороки, лабильность артериального давления, гипергидроз. Аффективные нарушения встречаются чаще и носят более выраженный характер: у части женщин наблюдается тревога, чувство беспредметного беспокойства и напряжения, возникающего помимо их воли. У многих имеют место невротические расстройства и вегетативные нарушения, не наблюдавшиеся у них ранее.

Перед родами здоровье будущего ребенка волнует подавляющее большинство женщин. При этом у большей части беременных озабоченность состоянием ребенка имеет тенденцию к нарастанию по мере приближения родов. Многие беременные склонны беспокоиться по поводу возможного влияния лекарств, а часть женщин — о методах обезболивания. Описан *феномен пренатальной тревоги* и его влияние на исход беременности. У беременных, как правило, выявляется несколько видов тревоги: 1) генерализованная; 2) физическая, когда женщина тяжело переносит физические аспекты беременности; 3) страх за судьбу плода; 4) страх перед необходимостью ухода за новорожденным; 5) страх перед родами; 6) страх перед кормлением новорожденного; 7) психопатологические феномены тревоги. Тревога по поводу предстоящего родительства более характерна для старших по возрасту женщин.

Одним из наиболее известных патологических поведенческих феноменов во время беременности считается *«синдром грубого обращения с плодом»,* характерный для больных психопатией возбудимого круга. Этот синдром отмечается в период относительно поздней беременности и характеризуется агрессией, направленной на плод сам по себе, в отличие от случаев намеренной провокации аборта. Имеется в виду прямое физическое воздействие на плод

(удары по передней брюшной стенке) со стороны беременных. Подобное агрессивное поведение может отмечаться и у женщин с желанной беременностью.

Исследование **зависимостей между изменениями психического состояния, поведения и менструальным циклом** имеет давнюю историю и восходит к наивно-материалистическому представлению о психозах у женщин как следствию заболевания матки.

Менструальные расстройства, и особенно аменорея, составляющая около 2/3 нозологических форм эндокринно-гинекологических заболеваний, приобретают большое социальное значение в связи с тем, что следствием их часто является бесплодие. Негативное влияние бесплодия на поведение и сознание человека часто связывают с дистрессом и развитием т. н. «проблемного брака». По определению ВОЗ, бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь без применения противозачаточных средств, у жены не возникает беременность в течение года при условии, что супруги находятся в детородном возрасте. Психическое состояние бесплодных женщин может иметь решающее значение в происхождении некоторых форм бесплодия. Указывается (Т. Я. Пшеничникова), что бесплодие в браке — показатель социального, психического и часто физического неблагополучия. Все эти три фактора тесно взаимосвязаны между собой и часто влияют друг на друга. Так, психическое неблагополучие проявляется повышением лабильности нервных процессов или заторможенностью, снижением интереса к окружающей среде и работе, возникновением комплекса неполноценности, психосексуальных расстройств и неустойчивостью семейных отношений. При мужском бесплодии три четверти жен психологически поддерживают мужей, а при женском бесплодии лишь пятая часть мужей высказываются в пользу развода, причем наиболее обостренный характер отношения принимают после 3 лет бесплодного брака (Е. А. Волкович). Нарушенные межличностные отношения супругов в бесплодном браке значительно чаще обнаруживаются при женском бесплодии, чем при мужском. Подобные нарушения не только имеют значение для индивидуумов, состоящих в бесплодном браке, но также оказывают влияние на общество в целом, повышая число разводов и снижая социальную активность этой части населения.

М. Мак-Эван выделяет ряд ситуаций, при которых следует ожидать у пациенток развития психических и поведенческих нарушений: 1) женщина исповедует религию, трактующую бесплодие как грех; 2) женщина не имеет нормальных отношений с супругом; 3) женщина подвергалась в течение своей жизни различным стрессам; 4) диагноз инфертильности для женщины — неожиданность (например, при отсутствии соматических жалоб).

Бесплодие заключает в себе нарушение «чувства самостоимости» и «телесного образа». Чувства личной дефектности, потери сексуальной привлекательности и «социальной незаконченности» часто сопровождают этот диагноз. Нельзя не учесть и тот факт, что все большие религиозные группы понимают рождение ребенка как необходимое завершение брака, так как в его основе лежит доктрина о плодовитости. В связи с этим в гражданской сфере жизнен-

ная функция семьи есть ее пополнение, и бездетность, таким образом, указывает на дисфункцию и дезорганизацию семьи. Убеждение, что родительство рассматривается обществом как важнейшая функция брака, способствует приобретению ощущения «провала». Родительство уравнивается с природным поведением, что указывает на уверенность в наличии репродуктивного управления или родительского инстинкта, который требует осуществления. Воспроизведение может быть воспринято как выполнение половой роли: материнство как развитие и выражение взрослости женщины и отцовство как развитие и выражение взрослости мужчины. Бездетность же может свидетельствовать обществу о женских генитальных качествах и мужской потенции.

Выделяют несколько этапов эмоционального реагирования на бесплодие (Д. Розенфельд и Э. Митчелл): *удивление, горе, злость, изоляция, отрицание* и *согласие.* Первоначальная реакция — это удивление, переходящее в шок и страдание, затем наступает восстановление, какое можно видеть «после смерти любимого существа». Этот «траурный процесс» сходен с потерей желания существовать и усугубляется чувствами вины, стыда и социального несоответствия. Ощущение депрессии может «подпитывать» внутренний гнев, который усиливается часто появляющимся вопросом: «Почему я?» Возникающее стремление изолироваться и ограничить контакты делает подобных больных трудными для лечения.

Одним из важных вопросов при диагностике состояния бесплодных пациенток считают оценку их мотивов иметь ребенка. У бесплодных супружеских пар существуют мотивы, несколько отличающиеся от традиционных мотивов деторождения. Э. Эриксон предложен термин «генеративность», который отражает не только процесс воспроизводства, но и потребность человека в заботе о ребенке и ответственность за его воспитание. Имеются и другие причины иметь ребенка— «удержать мужа», «заполнить пустоту», поддержать семейные традиции и т. д. Для многих женщин с бесплодием вопрос о мотиве иметь ребенка остается неясным и неосознаваемым. Ими приводятся рациональные доводы о том, что ребенок нужен, например, для «более полной жизни» или для «хорошего партнерства».

Многие зарубежные исследователи склонны объяснять происхождение бесплодия, особенно психосоматического, с точки зрения психоанализа. Некоторые из них пытаются найти причину бесплодия еще в раннем детстве. Ограничение стыдливой системой табу или, напротив, необузданное сексуальное поведение родителей может оказать на ребенка тормозное или деформирующее действие. В ходе психосексуального развития различные прямые или косвенные влияния могут выстроить в структуре личности нежелательные схемы, которые позже могут стать причиной «торможения женской роли».

Р. Дж. Пепперел разделяет женщин, страдающих психогенным бесплодием, на 3 основные группы. В 1-ю группу включены женщины, у которых бесплодие может прекратиться самопроизвольно, а интенсивное обследование — «сломать барьер, препятствующий зачатию». Во 2-ю группу входят женщины с более устойчивой «блокадой» зачатия, возможно сформировавшейся в ре-

зультате внешней стрессовой ситуации. 3-ю группу составляют женщины, бесплодие у которых возникло «в результате глубокого и длительного психосоматического напряжения, связанного с наличием психогенных страхов». Существенным при этом являются особенности представления о беременности и материнстве, заложенного в процессе воспитания. **Они** могут глубоко нарушать психическое равновесие, и какие-либо отклонения и конфликты в этой сфере приводят к тому, что женщины испытывают выраженный страх перед беременностью и бесплодие возникает у них как психологическая защита. У этих женщин возможно обнаружение конфликта между сознательным желанием забеременеть и неосознанным отказом от беременности и материнства.

Д. Дойч описаны определенные типы женщин, страдающих бесплодием: 1) незрелые, чувствительные, разборчивые женщины, по-детски капризные по отношению к мужу и склонные к функциональным расстройствам; 2) агрессивно-доминирующие женщины, не соглашающиеся признавать свою женственность; 3) «матереподобные» женщины, которые, правильно или неправильно понимая своего мужа, чувствуют, что они неспособны скопировать его в детях, и поэтому переносят свой материнский инстинкт на уход за ним; 4) женщины, посвятившие себя идейным и другим интересам.

Многими исследователями подчеркивается большое значение психических нарушений и стрессовых воздействий в происхождении т. н. «необъяснимого бесплодия». Бесплодие неясного генеза может быть диагностировано при условии фертильности партнера, положительном посткоитальном тесте, проходимых маточных трубах у женщин с регулярными овуляторными циклами и составляет 4-40% от общего числа бесплодных пациенток (Т Я. Пшеничникова). У большинства из них обнаруживаются различные психоэмоциональные отклонения, чувство неполноценности и одиночества, наличие «истерических состояний» в дни овуляции или менструации, что указывает на *«синдром ожидания беременности» (Т.*А. Федорова).

Одна из наиболее известных специфически женских поведенческих девиаций — **предменструальный синдром.** Клинические проявления предменструального синдрома возникают, как правило, за 2—14 дней до менструации и исчезают сразу после того, как она наступит, или в первые ее дни. Сочетание симптомов может быть различным, но чаще всего в клинической картине представлены раздражительность, пониженное, иногда гневливое, настроение, плаксивость и слезливость, легкая ранимость, эмоциональная лабильность, нарушения сна, головные боли и головокружения, неспособность сосредоточиться на выполняемой работе, быстрая утомляемость. Кроме этих симптомов, нередко встречается зуд всего тела, тахикардия, разнообразные боли и неприятные ощущения в области сердца, повышение температуры тела, ознобы, нагрубание молочных желез и другие.

Поведенческие отклонения, выявляемые у женшин с предменструальным синдромом, заметны не только самим больным, но и их родственникам. В период их возникновения женщина создает множественные конфликтные ситуации дома и на работе, что приводит к эмоциональным переживаниям

как самих больных, так и окружающих их родных и знакомых. Если в первую половину менструального цикла больные, как правило, добродушны, благожелательны, выдержаны, спокойны, их поведение упорядочено и соответствует сложившемуся стереотипу, то с приближением менструации все чаще можно отметить появление у них неадекватных реакций и поведения. Нередко на передний план начинают выступать эгоизм, придирчивость, демонстративность, желание получить выгоду от своего положения, снижение самокритичности. Больные требуют к себе повышенного внимания со стороны родственников, заставляя последних выполнять любые их прихоти. По словам мужа одной больной, дни перед наступлением менструаций у жены становились «черными днями террора», так как в этот период нельзя было включать телевизор или магнитофон, зажигать яркий свет, надолго уходить из дома. Малейший «неправильный шаг» вызывал бурную истерическую реакцию со стороны жены, считавшей, что все действия родственников направлены на то, чтобы вывести ее «из себя» или «вогнать в могилу».

Нередко при предменструальном синдроме встречаются ипохондрические поведенческие отклонения. Проявляются они в повышенной мнительности женщин по поводу собственного здоровья, преувеличении тяжести имеющихся симптомов. При этом некоторые женщины становятся назойливыми, готовыми жаловаться на свое самочувствие «каждому встречному». Следует отметить, что нередко не сами больные обращаются к психотерапевтам, а родственники, заметившие изменения в поведении женщин, приводят их на лечение, что может расцениваться теми как оскорбление.

Многообразие поведенческих проявлений предменструального синдрома укладывается в следующие комплексы: *астенический, тревожно-депрессивный, истеро-ипохондрический, дисфорический* и *смешанный*. Особый интерес представляет дисфорическая форма предменструального синдрома. Еще в конце прошлого века Р. Крафт-Эбинг писал: «Очень многие женщины, являясь в промежутке между периодами регул нежными супругами и матерями, милыми хозяйками и приятными собеседницами в обществе, совершенно изменяются в своем характере и обращении, как только регулы у них показались или приближаются. Это как буря — они становятся придирчивыми, раздражительными и сварливыми, порою превращаются в настоящих фурий, которых все боятся и избегают». При судебных разбирательствах конца XIX века женщин, совершивших преступление в менструальный или предменструальный период, признавали невменяемыми, что может свидетельствовать о том, что судебные медики расценивали патологическое состояние женщин, связанное с менструациями, как особо тяжелый недуг, приравниваемый, видимо, к психозам.

Неслучайным является сравнение Крафт-Эбингом изменений характера женщин в предменструальный период с характером фурий (богинь мщения) и обозначение подобного состояния понятием «дисфория» (М. Шлобис). Диагностика последней основывается на ведущих симптомах в клинической картине — на психологически не мотивированной злобе, раздражительности, гневливости. Клиническое сходство предменструального синдрома с дис-

форией подтверждается и критическим отношением женщин к происходящей с ними метаморфозе в период приближения менструаций. По прошествии этого периода они обычно стыдятся «своих выходок», «не представляют себе», что могли вести себя так «безобразно».

Выявлена связь возникновения дисфорического варианта предменструального синдрома с сексуальными конфликтами женщины и, в частности, с аноргазмией (В. Д. Менделевич). Оргазм физиологически представляет собой «разряд», который эмоционально проявляется пароксизмальным ощущением удовлетворенности, а при электроэнцефалографическом исследовании в момент оргазма описано возникновение комплекса «пик — медленная волна» (У. Г. Мастере, В. Э. Джонсон, Р. Г. Хит). Традиционно считается, что отсутствие оргазма не вызывает никаких патологических расстройств и не приносит женщине дискомфорта. Однако можно предполагать, что приобретенная аноргазмия клинически проявляется в виде поведенческих девиаций и психопатологических симптомов лишь в предменструальный период (а не в иные периоды менструального цикла), что связано с тем, что оргастическая способность (возможность) женщины, как правило, увеличивается именно при приближении менструаций. То есть психопатологическая симптоматика является викарной по отношению к оргастической функции. Немаловажным представляется и тот факт, что в характере женщин с предменструальной дисфорией можно усмотреть такие свойства, как: ригидность, стойкость аффектов, некоторую эксплозивность, педантичность, честолюбие, косность установок. Не исключено, что исчезновение выработавшегося в течение сексуальной жизни и ставшего необходимым эмоционального и физиологического «разряда» преобразовали предоргастическое напряжение в отрицательно окрашенную предменструальную дисфорию.

Климактерический период в жизни женщины связан с возрастной перестройкой гипоталамической области, приводящей к нарушению цикличности менструаций и прекращению репродуктивной способности. По мнению В. М. Дильмана, климакс — одновременно и норма, и болезнь: норма потому, что климакс в женском организме явление закономерное, а болезнь потому, что это стойкое нарушение регуляции, приводящее в конечном итоге к снижению жизнеспособности организма. Два лика климакса — и нормы, и болезни — характеризуют отсутствие грани между возрастом и болезнью, между нормой и патологией, обнажая сущность единства противоположностей, скрытых в каждом явлении природы (В. М. Дильман).

Критериями физиологичности (нормальности) протекания климакса следует признать адаптационные процессы, как на уровне сомы, так и психики. Понятие патологического климактерия, в свою очередь, включает в себя различные патологические проявления инволюционного процесса, нарушающие как соматическое, так и психическое здоровье.

На частоту и выраженность симптомов климакса могут существенно влиять биологические, а также культурные и социально-экономические факторы. К последним относятся: а) социальное значение, которое в определенных этнических группах придают менструации и освобождению от стигмы

менструации по наступлении менопаузы; б) социальное значение бездетности; в) социальное положение женщин в период постменопаузы; г) отношение мужа к своей жене в период постменопаузы (например, как к сексуальному партнеру); д) степень социально-экономической депривации, испытываемой в этот период; е) степень изменения роли женщины и возможность выполнения ею новых или альтернативных функций; ж) доступность медицинской помощи в связи с симптомами перименопаузы. До настоящего времени проведено очень мало сравнительных исследований с целью изучения отношения и реакций на состояние менопаузы в разных этнических группах. Полученные результаты указывают на резкие различия, обусловленные сложными причинами. Так, женщины, принадлежащие к определенной (и относительно богатой) индийской касте, в период климакса предъявляют меньше жалоб, чем женщины США (М. Флинт). Предполагается, что это связано с различиями в положении таких женщин: индийские женщины освобождаются от гнета многих ограничений и приобретают более высокий статус, тогда как американские женщины предвидят потерю своего положения в «ориентированном на молодость» обществе. Отмечены также различия между принадлежащими к среднему классу женщинами еврейского и кубинского происхождения в США: последние испытывают большие трудности в связи с менопаузой. Более того, социальная интеграция таких женщин значительно ниже, и причины этих очевидных этнических различий могут быть весьма сложными. Выявлены также и различия в отношении к состоянию менопаузы при обследовании 5 этнических групп женщин в Израиле (4 — еврейских, соответственно центрально-европейского, иранского, турецкого и североафриканского происхождения, и 1 — арабского), причем регистрировались аналогичные жалобы соматического характера, включая приливы и потливость. Арабские женщины занимали наиболее положительную позицию по отношению к «климактерическому кризису», европейские испытывали по этому поводу наибольшее беспокойство, тогда как иранские стояли на наиболее отрицательных позициях и предъявляли множество жалоб. Наиболее существенные различия имелись в области оценки супружеских отношений. При этом арабские женщины надеялись, что их мужья будут проявлять к ним после наступления менопаузы больше интереса, тогда как еврейки иранского происхождения были настроены весьма пессимистично. Авторы этого исследования заключили, что их данные отчетливо демонстрируют значение этнических особенностей в формировании психической и психосоматической симптоматики и восприятии климактерия. В происхождении психопатологических симптомов климакса могут иметь значение некоторые социальные и культурные особенности (профессия, уровень благосостояния, образование).

Кардинальным для психологии девиантного поведения является вопрос о клинических особенностях *физиологического и патологического климакса,* о нормативности и девиантности поведения женщины в этот возрастной период.

Картина патологического климакса в виде **климактерического синдрома** складывается из психопатологических (поведенческих), вегетативных и эндокринных симптомокомплексов. На связь психических отклонений с кли-

максом указывал П. Малиновский в 1855 году: «В то время, когда женщина делается уже не способной быть матерью, в теле ее совершается переворот — прекращение месячного очищения, — и в этот период женской жизни бывает немало случаев, где дело не обходится без помешательств». И далее: «Когда человек передвинулся за 40 лет, когда он увидел, как разлетелись мыльные пузыри, им созданные, когда достаточно испил из чаши жизни и узнал, что нектаром были обмазаны только края, когда в самом себе сказал «суета сует», и особенно если ко всему этому присоединяются уже укоренившиеся беспорядки в отправлениях печени и воротной вены или завалы в других брюшных внутренностях, то весьма естественно, что после этого чаще развивается помешательство уже не бешеное, но ограниченное, мрачное».

Рассматривая психическое состояние больных женщин с позиции учения В. Н. Мясищева, М. Э. Телешевская описывает своеобразную перестройку системы отношений личности, связанную с климаксом, подчеркивая, что даже бывшие на протяжении своей жизни активными, энергичными, целеустремленными, выносливыми, достаточно уверенными в себе становятся в этом возрасте мнительными, тревожными, легко ранимыми, неуверенными, нерешительными, сомневающимися во всем. Особенно значительно изменяется система отношений личности в направлении занижения собственных возможностей, исчезновения жизненных перспектив, связанного с преувеличением тяжести болезненных ощущений. В климактерическом возрасте у женщины возникает множество дополнительных психогенных факторов, которые до этого не причиняли ей беспокойства. Это так называемые условно-патогенные психические травмы, связанные именно с изменением системы отношений личности. Условно-патогенными становятся такие проявления климакса, как изменение внешнего облика (седые волосы, снижение тургора кожи, морщины), изменение либидо, значимость которых в этом возрасте резко возрастает. Все это происходит при нарушении адаптации, при формировании черт ригидности, «застреваемости» на малейших неприятностях, что, в свою очередь, приводит к своеобразному «сужению личности». Иногда такое состояние, развивающееся в связи с патологически текущим климаксом, как изменение личности, приводит в конечном итоге к своеобразному «дефекту», проявляющемуся патологией эмоций и побуждений. На первый план при этом выступают прогрессирующая вялость, пассивность, равнодушие к тем сторонам жизни, которые совсем недавно представляли интерес, вызывали эмоциональный резонанс.

Рассматривая причины возникновения невротических симптомов у женщин в климактерическом периоде, В. Н. Мясищев и Е. К. Яковлева установили, что они в первую очередь зависят от преморбидных особенностей личности больных. Кроме того, среди пациенток, страдающих климактерическим синдромом, значительно чаще по сравнению со здоровыми встречаются одинокие и вдовы.

Большинством ученых-психологов в последние годы подвергается сомнению ведущая роль биологической предиспозиции к дисгармоническому течению климакса. Остановимся подробнее на аргументации подобной точки

зрения. В известной работе «Климактерический период — социально-психологические аспекты» У. Лер задается вопросом: «Является ли климактерический период кризисной ситуацией в наши дни?» И сама комментирует его: «Еще сто лет назад климактерический период — если до него вообще доживали, а не умирали после рождения 6, 7 или 8-го ребенка — означал внезапный конец длившегося до этого времени и основательно использованного репродуктивного цикла. Начало климактерического периода означало для большинства женщин быстро приближающуюся смерть. Сегодня же климактерий начинается в среднем спустя 23,6 лет после рождения последнего ребенка. В наши дни женщина в начале климакса имеет еще впереди 25-30 лет, то есть треть всей жизни. Констатация «начинающегося в этом периоде умирания» несколько преувеличена. М. Бюргер видит начало старения (и тем самым каждодневное приближение смерти) в моменте зачатия».

Три аспекта патологического климакса встречаются в настоящее время в группах женщин, которые видят свою единственную задачу в рождении и воспитании детей и вдруг сталкиваются с «утратой функций»: 1) высокая значимость климактерического периода для личности как «поворота в жизни», 2) фиксирование внимания на физиологических процессах и 3) отрицательное восприятие этих ситуаций. Внезапно лишенные этой цели, они чувствуют, что их дальнейшая жизнь не имеет смысла.

Считается, что в тех случаях, когда у женщины к инволюционному возрасту остаются нерешенные проблемы (среди которых на первом месте стоит одиночество), климакс воспринимается как катастрофа, как событие, рушащее остатки надежд на благоприятное разрешение жизненной ситуации. При этом возможны различные варианты поведения женщины, связанные с климаксом (Г. Прилл): 1) безразличное (аперсональное) поведение; 2) приспособление; 3) развитие невротического поведения; 4) активное преодоление.

Наиболее характерными признаками психогений в инволюционном периоде, поданным В. Н. Мясищеваи Е. К. Яковлевой, являются переживания личности, связанные с патогенным противоречием неотвратимой утраты витальных возможностей при еще сохранившихся жизненных потребностях. В патогенезе прослеживается роль семейного неблагополучия (измены мужа, его намерение развестись, страх перед распадом семьи в связи с отсутствием детей, реакции на снижение потенции у мужа). Климактерический синдром представлен четырьмя клиническими вариантами: *астеническим, сенесто-ипохондрическим, тревожно-депрессивным* и *истерическим.*

Способность человека адаптироваться к всевозможным жизненным стрессовым ситуациям связана с различными факторами, среди которых имеют значение структура его личности и сложившийся стереотип реагирования на фрустрирующие события. С этой точки зрения климактерический период в жизни женщины можно сравнить с экстремальными условиями, в которые попадает личность. Все это предъявляет к организму и личности женщины в переходный возрастной период повышенные требования, оказывающиеся для многих из них трудноразрешимыми в связи с нарушениями адаптивных возможностей в инволюционном возрасте. Женщины с благоприятной **иикро-**

социальной обстановкой (благополучная семья, заботливые дети, внуки) переживают климактерический период относительно благополучно, «нейтрализуя» значимость климакса с помощью переключения интересов на семью или иную деятельность. У других в переходном возрасте остается много нерешенных проблем (одиночество и пр.), которые определяют их отношение к климаксу как к катастрофе. В ряде случаев климакс представляет собой особо значимое явление, отражая стержневую сторону переживаний, вызывающих в поведении женщин разительные метаморфозы. У женщин, которые стараются «защититься» от старения, часто развиваются гиперкомпенсаторные реакции, вытекающие из «протеста» (например, чрезмерная забота о собственной внешности, повышенный интерес к косметическим средствам). Подобные реакции можно обозначить термином *«мистификация действительности»,* так как больные осознанно или неосознанно не хотят замечать объективных признаков наступающего старения, отрицая его всем своим нарочитым поведением. Происходящее при этом изменение системы отношений личности вызывает существенную переоценку значимости тех или иных событий. Выявлено, что в этот возрастной период при патологическом течении климакса наиболее значимым для большинства женщин становится развод, который приводит иногда даже к психотическим нарушениям. Наряду с этим, некоторые психотравмирующие ситуации, провоцирующие нарушения психологической адаптации у женщин другого возраста, в климаксе не всегда являются патогенными. Парадоксальным на первый взгляд кажется установленный факт, что такая объективно значимая для любой матери психическая травма, как смерть ребенка, для женщин с патологически текущим климаксом становится менее патогенной, чем развод с мужем.

Половые различия в проявлении известных клинических форм отклоняющегося поведения представлены довольно ярко, сказываясь и на процессе диагностики. Признанный факт, что **отклоняющееся агрессивное поведение** более выражено у мужчин, чем у женщин. По мнению Р. Бэрон и Д. Ричардсон, мужчины, как правило, в меньшей степени испытывают чувство вины и тревоги, а женщины более обеспокоены тем, чем агрессия может обернуться для них возможностью получить отпор со стороны жертвы. Кроме того, женщины рассматривают агрессию как экспрессию, как средство выражения гнева и снятия стресса путем высвобождения агрессивной энергии, а мужчины относятся к агрессии как к инструменту, считая ее моделью поведения, к которому следует прибегать для получения разнообразного социального и материального вознаграждения (А. Кэмпбелл). Различия в агрессивном поведении существуют и на уровне способов: для мужчин характерна прямая агрессия, для женщин — косвенная.

Тендерные различия в агрессии объясняются влиянием на поведение человека социальных и культурных факторов. Основополагающей теорией в данной области считается теория интерпретации социальной роли Игли. Суть ее заключается в том, что тендерные различия в агрессии рассматриваются как порождающиеся главным образом противоположностью тендерных ролей, разнонаправленностью формирования стереотипов полоролевого пове-

дения. От мужчин ожидается демонстрация силы, независимости, уверенности в себе, а значит, и определенной степени агрессивности, чего не ожидается от женщины.

Типичным для мужского и нетипичным для женского стиля поведения считается *наступательное эротическое поведение* (Л. Эллис), нередко характеризующееся агрессивностью, настойчивостью, требовательностью, а в рамках девиации преобразующееся в садистические наклонности.

Аутоагрессивное (суицидальное) поведение, так же как и агрессивное, может иметь тендерные особенности. Известно, что соотношение мужчин и женщин при совершаемых (завершенных) самоубийствах составляет 4:1, в то время как при суицидальных попытках, не заканчивающихся летальным исходом, — 1:2 (Миллер).

Можно утверждать, структура суицидального поведения имеет существенные тендерные различия. Отличия захватывают многие стороны аутоагрессивного поведения: от целей суицида до его эстетических параметров. Так, целью суицида у мужчины чаще становится поиск решения возникшей проблемы, причиной — невозможность в силу обстоятельств найти иные выходы из ситуации, «невозможность поступить иначе». У женщины нередко (чаше, чем у мужчин) отмечается демонстративное суицидальное поведение, целью которого является не попытка уйти из жизни, а желание извлечь выгоду из подобного поведения («попугать», уйти от ответственности, «проучить» партнера). Решение о самоубийстве у мужчины чаще носит спланированный, у женщины — спонтанный характер. Внешний стимул нередко играет в суицидальном поведении женщины решающую роль. При выборе способа ухода из жизни женщина чаще, чем мужчина, руководствуется эстетическими соображениями (вероятностью обезображивания трупа). В мужском суицидальном поведении важную роль играет представление о чести и достоинстве.

Нарушения пищевого поведения можно считать характерными преимущественно для женского стиля поведения. Это связано в первую очередь со значимостью внешности и привлекательности для женщины. Поданным Е. Т. Соколовой, имеются тендерные различия в субъективной ценности всего тела и различных его частей. С психологической точки зрения самооценка человека и, в особенности, выпестованный групповыми традициями и семейным воспитанием реестр ценностей различных частей собственного тела способны оказываться психотравмирующими факторами при возникновении какого-либо дефекта (например, связанного с пищевым поведением) в «ценном органе». По результатам некоторых психологических экспериментов, наиболее «дорогостоящими» оказались нога, глаз и рука. Мужчины оценили половой член, яички и язык как наиболее важные. Эта оценка не зависела от возраста, лишь у пожилых людей несколько снижалась оценка половых органов. У женщин оценки оказались менее определенными, лишь у тех, кому было за 70, язык стабильно оказывался на первом месте (S. Wienstein). Кроме того, было отмечено, что ценность отдельных телесных качеств может изменяться под влиянием общественных процессов. Так, у японок во время Второй мировой войны в образе тела полностью обесценилась грудь, а идеальной счи-

талась плоская грудная клетка (женщины носили мужскую военную форму). Однако после войны под влиянием западной культуры образ тела радикально изменился, и в 1950-х годах японские женщины стремились иметь грудь «голливудских» размеров.

Для женщин типичными разновидностями нарушения пищевого поведения являются как анорексия, так и булимия, что обусловлено значимостью параметров массы, стройности и красоты тела.

Девиантное поведение в виде **злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние,** так же как и иные, имеет специфичные тендерные особенности. Алкогольное поведение женщины отличается от алкогольного поведения мужчины. Выделяют (Л. К. Шайдукова) три психологических типа женщин, страдающих алкоголизмом: фемининно-асоциальный, маскулинно-социопатический, фемининно-конформный. При фемининно-асоциальном типе преобладающими являются такие черты, как: возбудимость, агрессивность, неустойчивость настроения, импульсивность, снижение контроля над своими действиями, потворство желаниям, отсутствие твердых жизненных установок, плохое самопонимание, отсутствие критического отношения к своим поступкам, легкомыслие. При маскулинно-социопатическом типе доминируют черты: прямолинейность, грубость, решительность, склонность к риску, отсутствие сентиментальности, склонность к безапелляционности суждений. При фемининно-конформном типе обнаруживаются: покорность, подчиняемость, внушаемость, склонность к компромиссам и соглашательству. Алкогольное поведение формируется при различных типах неодинаково. При первом типе отмечается спаянность алкогольного поведения с сексуальной зависимостью от партнеров, готовность к сексуальным эксцессам. При втором — алкоголизация сопровождается лихачеством и мотивируется проверкой своих возможностей, доказательством своих сил, утверждением равноправия с мужчинами — членами компании. При третьем — основой алкогольного поведения становится конформность, стремление неукоснительно следовать семейным традициям, характерному для мужей алкогольному паттерну поведения.

Структура *употребления наркотических веществ* менее, чем в случае с алкоголем, подвержена тендерному влиянию.

Особо среди различных тендерных вариантов клинических форм поведенческих девиаций отмечают **сексуальные девиации и перверсии. К** ним относятся приведенные выше гиперролевые разновидности полового поведения *(гипермаскулинность и гиперфемининность)*, а также *нарушения эректильного поведения мужчины, аноргазмическое поведение и вагинизм у женщины, виргогамические брачные отношения.* Наряду с этим, к исключительно мужским сексуальным девиациям относят такое парафильное поведение, как *фетишизм,* а к преимущественно мужским — *эксгибиционизм* и *вуайеризм.*

Девиантная форма поведения в виде **нарушения эректильного поведения** включает в себя стереотипы мужчин с расстройствами эректильной функции. Нередко при *импотенции* происходит формирование ограничительного (избегающего) поведения, в дальнейшем распространяющегося на многие сто-

роны жизни. Особенно подобная форма поведения захватывает взаимоотношения полов, семейные и партнерские сексуальные отношения. С целью избегания неудачи («феномен ожидания неудачи» — коитофобия) в реализации сексуального контакта мужчина начинает конструировать такие психологические отношения, вступать в такие взаимодействия с партнершей, которые не способствуют и даже препятствуют вступлению в коитальные контакты. Э. Берн описал данный вид поведения как супружеские игры: «ревность» и «скандал». В первом случае с целью снять с себя отвественность за возможную неудачную сексуальную связь и упреждая предполагаемый сексуальный контакт, муж (мужчина) разыгрывает сцену ревности, которая позволяет ему найти приемлемый способ скрыть собственные проблемы с эрекцией. Во втором случае тот же результат достигается с помощью разыгрывания семейного скандала.

Следует отметить, что девиации эректильного поведения могут формироваться на базе характерологических девиаций, в частности у мужчин с психастеническими или шизоидными акцентуациями характера. Часто нарушения эректильного поведения обусловлены мнимым сексуальным расстройством (псевдоимпотенцией), базирующейся на неосведомленности и неинформированности человека в вопросе нормы эрекции.

Специфические отклонения поведения наблюдаются при другой разновидности нарушения эректильного поведения, которое называется **приапизм.** Приапизмом называется длительное (длящееся часами), часто болезненное напряжение полового члена, не исчезающее после коитального контакта или иных форм сексуальной «разрядки». Приапизм является симптомом некоторых заболеваний и существенно изменяет поведение человека. В зависимости от интеллектуальных особенностей человека, его сексуальной культуры и грамотности наблюдается либо аутистический вариант реагирования на приапизм, либо гиперсексуальный.

Аноргазмическое девиантное поведение базируется на расстройстве сексуальных функций — невозможности достижения оргазма, сексуального удовлетворения и волюстических («сладострастных») ощущений в момент сексуального контакта, сексуальных действий или фантазий. Наблюдается два варианта отклоняющегося аноргазмического поведения: *аутистический* и *гиперсексуальный.* При первом вслед за появлением симптома аноргазмии женщина вначале, испытывая неудовлетворенность и ущербность, старается ограничить количество сексуальных контактов, имитировать оргазм. Затем она начинает избегать этих контактов под различными предлогами, становится замкнутой, малообщительной. У нее пропадает интерес к жизни, снижается настроение. Нередко появляются раздражительность и злоба, идеи самообвинения. При втором варианте аноргазмического поведения отмечается *феномен «ловли оргазма».* Суть его заключается в том, что с целью достижения сексуального удовлетворения женщина начинает прибегать к несвойственному ей сексуальному экспериментированию. Она может включаться в групповые сексуальные взаимодействия, часто менять партнеров, прибегать к иным разновидностям парафильного поведения (например, зоо-

филии). Аноргазмия при этом может оказаться псевдоаноргазмией. Психологическая особенность данного варианта девиации — поиск новизны, риска, запредельных ощущений, что наблюдается при аддиктивном типе отклоняющегося поведения.

Вагинизм — это сексуальное расстройство, проявляющееся спастическим сокращением влагалища и мышц внутренней поверхности бедра у женщины во время попытки совершения коитального контакта или гинекологического обследования. Различают *фобическую* и *истерическую* формы вагинизма. Фобическая возникает у женщин, подвергавшихся сексуальному насилию, или на базе выраженных проявлений таких черт характера, как робость, застенчивость, скромность, стыдливость, входящих в структуру психастении. Поведение женщины в этом случае отличается избегающим характером. Возможен полный и длительный отказ от любых форм сексуальной жизни, замкнутость. При истерическом вагинизме происходит становление внешне гиперсексуального со склонностью к фривольному, сексуально провоцирующему поведению, флирту. Данный вид поведения представляет собой гиперкомпенсаторную реакцию женщины на существование сексуальной проблемы (расстройства) и может сочетаться с истерическими чертами характера.

Виргогамиый брак характеризуется длительным и устойчивым игнорированием сексуальных отношений, отсутствием интимных контактов. Данную разновидность девиантного поведения можно отнести к семейной и групповой по структуре. В литературе описаны казуистические случаи виргогамного брака на базе неинформированности супругов о возможности и желательности сексуальных контактов. Нередко виргогамные девиации обусловлены какой-либо из форм сексуальной девиации у одного из супругов.

Из **сверхценных психологических и психопатологических увлечений** многие чаще проявляются у мужчин, чем у женщин. Это относится и к гемблингу, и к трудоголизму, и к фанатизму. Можно предполагать, что столь явный гендерный механизм формирования сверхценности у мужчин обусловлен структурой психологических особенностей, в которой целеустремленность, настойчивость и склонность к длительной фиксации внимания на определенном виде деятельности относятся к специфически мужским характеристикам.

Учитывая различия в психологии мужчин и женщин, в частности склонность женщин легко вступать в новые социальные контакты, иметь более широкий по сравнению с мужчинами набор коммуникативных программ, более выраженную коммуникативную импульсивность, легкость в переключении в процессе общения, можно утверждать, что имеются тендерные различия в проявлениях **коммуникативных девиаций.** Так, известно, что *аутистическое поведение* значительно чаще наблюдается у мужчин, чем у женщин, а *гиперобщительность* — наоборот.

Особый интерес представляют тендерные различия в *девиантном поведении на базе ревности.* К. Леонгард описывает ряд устойчивых различий инстинктивно-биологической и психологической основы сексуальности и ревности у

мужчин и женщин. Так, по его мнению, мужчина желает господствовать в сексуальности, решать судьбу женщины, руководить ею в сексуальном отношении. Для женщин же характерен инстинкт подчинения. Что касается различий в переживании эмоции стыда женщинами и мужчинами в связи с изменой супруга, то мужчины при измене жены стараются скрыть это, чтобы не испытать стыда перед окружающими, а женщины часто даже без причины жалуются на неверность мужа. Представляет интерес и то, что женщина, с ненавистью преследующая свою соперницу, согласна вернуться к мужу и в случае успеха будет расценивать свое возвращение как победу. Мужчины не склонны прощать жену, а в отношении соперников они значительно более чувствительны, чем женщины. Они могут ревновать к тому, с кем жена была раньше, тогда как женщины, наоборот, часто бывают даже довольны, что муж и раньше обнаруживал «мужскую силу», имеет большой опыт половых сношений, встречался со многими женщинами.

Брайнер с соавторами на основании ряда исследований пришел к выводу о зависимости половых различий и потребности контролировать партнера (применительно к ситуациям супружеской неверности). Оказалось, у мужчин эта потребность больше выражена применительно к сексуальной (физической) неверности партнерши, у женщин — в случаях эмоциональной неверности.

Отклоняющееся поведение в форме **безнравственного, аморального или неэстетичного поведения** практически не имеет тендерных особенностей.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. Более высокий порог болевой чувствительности и связанный с этим поведенческий паттерн характерен для:
   а) мужчин;
   б) женщин;
   в) гипермаскулинного поведения;
   г) гиперфемининного поведения;
   д) не имеет тендерных различий.

2. Энергетический уровень потребности в освоении предметного мира (эргичность), так же как и способность к переключению с одних форм поведения на другие (предметная пластичность) и более скоростные характеристики типичны для:
   а) женского стиля темперамента;
   б) женского стиля характера;
   в) мужского стиля характера;
   г) мужского стиля темперамента;
   д) не имеют тендерных различий.

3. Модели поведения, система предписаний, которые должен усвоить соответствующий индивид, чтобы его признали мужчиной или женщиной, называются:
а) тендерными экспектациями;
б) тендерными психосексуальными ориентациями;
в) тендерными стилями;
г) тендерными паттернами;
д) тендерными стереотипами полоролевого поведения.

4. В понятие маскулинности включаются все нижеперечисленные характеристики, за исключением:
а) активности;
б) решительности;
в) самостоятельности;
г) самокритичности;
д) самодостаточности.

5. Нарциссическое девиантное поведение характерно в большей степени для:
а) женщин;
б) мужчин;
в) женщин с гиперролевым поведением;
г) мужчин с гиперролевым поведением;
д) не имеет тендерных различий.

6. Завершенные суициды чаще встречаются у:
а) женщин;
б) мужчин;
в) женщин с гиперролевым поведением;
г) мужчин с фемининным поведением;
д) не имеет тендерных различий.

7. В третьем триместре беременности встречается один из нижеперечисленных синдромов:
а) «ожидания неудачи»;
б) «жестокого обращения с плодом»;
в) «мистификации действительности»;
г) ипохондрический;
д) истерический.

8. В обществах с традиционным разделением полоролевых стандартов поведения разработка «сексуального сценария» предписана:
а) женщинам;
б) мужчинам;
в) женщинам с гиперролевым поведением;

г) в равной степени и мужчинам, и женщинам;
д) женщинам с маскулинными чертами.

9. Возникновение предменстуральной дисфории часто связано с:
а) гиперролевым поведением партнера (мужа);
б) вагинизмом;
в) психастеническими чертами характера;
г) аноргазмией;
д) алибедимией.

10. На базе приапизма чаще формируются:
а) нарушения пищевого поведения;
б) сексуальные девиации;
в) сверхценные увлечения;
г) аутоагрессия;
д) наркозависимость.

Рекомендуемая литература

1. *Кон И. С.* Введение в сексологию. М., 1989.
2. *Либин А. В.* Дифференциальная психология. М., 1999.
3. *Менделевич В. Д.* Психопатология климакса. Казань, 1992.
4. *Менделевич В. Д.* Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996.
5. *Русалов В. М.* Пол и темперамент // Психологический журнал. 1993. № 6.

Глава 6

ВОЗРАСТНЫЕ ВАРИАНТЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Традиционный объект изучения в рамках психологии девиантного поведения — психическая деятельность и структура поведения детей и подростков. Долгие годы научная литература не затрагивала вопросов отклоняющегося поведения зрелого (взрослого) и, особенно, пожилого человека. Вкладывая в понятие отклоняющегося поведения лишь алкоголизацию, склонность к правонарушениям, суицидальное и некоторые формы сексуального поведения, данный раздел психологии оставлял без серьезного внимания психологию новорожденных, младенцев, детей младшего возраста. Получалось, что девиантное поведение является исключительно подростковым феноменом.

Подобный подход в связи с использованием новой научной парадигмы (феноменологической психологии) в изучении поведенческих девиаций доказал свою несостоятельность. Оказалось, что отклоняться от нормативного способно поведение индивида любого возраста, а сами отклонения могут носить разнообразный характер, а не исчерпываться деликтами.

Одним из значимых вопросов для изучения специфических возрастных особенностей девиаций является вопрос о критериях возрастной поведенческой нормы. Под **возрастной поведенческой нормой** понимается модель поведения, система предписаний, которых должен придерживаться индивид, чтобы его признали соответствующим определенному возрасту. В процессе оценки возрастной нормы следует анализировать различные особенности (стили) деятельности, которым должен соответствовать человек определенного возраста:

1) коммуникативный стиль (толерантность и компетентность в общении);
2) особенности саморегуляции поведения (волевые характеристики);
3) интеллектуальные особенности (в частности, способность планировать, прогнозировать собственную деятельность);
4) эмоциональные особенности;
5) психомоторные особенности (мимический и жестикуляционный стили);
6) стиль устной и письменной речи.

Возрастные особенности *коммуникативного стиля* указывают на факт большей потребности в общении у ребенка и подростка по сравнению со взрос-

лым и пожилым человеком. Именно вследствие этого можно прогнозировать более выраженные эмоциональные реакции ребенка на давление со стороны окружающих в виде «бойкота». Коммуникативный стиль подразумевает компетентность в общении, то есть способность точно и правильно распознавать (диагностировать) психологическое состояние партнера по общению, понимать его замыслы и намерения. В *коммуникативную компетентность* включают (Л. А. Петровская): 1) стремление и умение понять позицию партнера, встать на его точку зрения, уделять большее внимание его проблемам; 2) большая обостренность к миру его чувств и его невербальным проявлениям; 3) установка на всесторонность восприятия, оценки партнера; 4) умение слушать партнера. *Коммуникативная толерантность* — это характистика отношений личности к людям, показывающая степень переносимости ею неприятных или неприемлемых, по ее мнению, психических состояний и поступков партнеров по взаимодействию (В. В. Бойко). В нее включают: 1) интеллектуальную толерантность, передающую принятие или непринятие парадигм (образца, типа, стиля) мыслительной деятельности конкретного человека, то есть принципов его понимания действительности, привычных для него стереотипов осмысления проблем, идей, принятия решений; 2) ценностно-ориентационную толерантность, вбирающую в себя устойчивость к мировоззренческим идеалам конкретного человека, его ближайшим и отдаленным жизненным целям, интересам, оценкам происходящего; 3) этическую толерантность, выражающую степень принятия нравственных норм, которых придерживается партнер по общению; 4) эстетическую толерантность, охватывающую согласие или несогласие с областью предпочтений, вкусов и чувств, особенностей восприятия человеком красивого и безобразного, возвышенного и низменного, комического и трагического; 5) эмоциональную толерантность, передающую преобладание эмоционального спектра реагирования в условиях коммуникации; 6) сенсорную (чувственную) толерантность, предусматривающую переносимость чувственного восприятия мира на уровне зрительного, слухового, обонятельного, вкусового, кожного и двигательного ощущений, и некоторые другие.

Можно утверждать, что коммуникативные особенности человека имеют возрастную специфику и нормативы. Коммуникативная компетентность с возрастом увеличивается, а коммуникативная толерантность нередко носит волнообразный характер. В наивысшей степени толерантность представлена у взрослого (зрелого) человека. У ребенка и пожилого человека она может быть сниженной.

К *особенностям саморегуляции деятельности (самоконтроля)* относят способы (модели, стили, шаблоны) контролирования собственных поступков, эмоций. Они отражают границы допустимого с точки зрения индивида характера взаимодействия с окружающими. В детском и подростковом возрасте саморегуляция носит неустойчивый, поисковый характер, во взрослом и пожилом — устоявшийся.

Саморегуляция базируется на самооценке и самосознании личности, уровне притязаний и специфике целеполагания. В молодом возрасте, в отличие

от других периодов, чаще обнаруживаются крайние варианты самооценки (завышенная или заниженная), отмечается тенденция к выраженным ее изменениям и колебаниям, тогда как у зрелых и пожилых людей в норме наблюдается достаточно устойчивый характер самооценки. Механизмы целеполагания также имеют возрастную нормативную специфику. По мнению Б. С. Братуся, в норме в ходе жизни обычно вырабатывается умение различать, разводить в текущей деятельности разноуровневые цели, менять в зависимости от обстоятельств межцелевые расстояния, появляется способность стать в некоторую как бы отстраненную позицию наблюдателя по отношению к возникшей ситуации. При девиациях поведения (в частности, при патологии характера) расстояния между реальными и идеальными целями, как правило, минимальны, целевые структуры «жесткие», негибкие, без выраженной динамики изменений.

Особенности интеллектуальной деятельности в данном контексте включают в себя способности точно и правильно понимать действия и намерения окружающих людей, предугадывать их поступки, планировать и прогнозировать собственную деятельность. В психологии данные особенности обозначаются термином **антиципационная состоятельность (В.** Д. Менделевич). Помимо иных, она имеет возрастные закономерности формирования. Известно, что антиципационные способности в норме формируются у ребенка к четырнадцатилетнему возрасту. До этого он не способен точно и правильно предвосхищать ход событий, планировать свои действия. В наибольшей степени антиципационная состоятельность в норме представлена улиц пожилого возраста, что связано как с процессом социализации, так и с повышением с возрастом уровня тревожности, приводящим к стремлению выдвигать избыточное количество версий развития возможных событий (поливариантный тип вероятностного прогнозирования) и готовиться к ним.

К возрастным *особенностям эмоционального реагирования* относят преобладание и доминирование определенных эмоций, чувств у лиц разного возраста. Учитывая тот факт, что эмоции являются производными удовлетворения или неудовлетворения потребностей, а также совпадения или несовпадения прогнозов человека с реальностью, имеющими возрастную окраску, можно выделить некоторые специфичные эмоциональные переживания. Так, в детском и подростковом возрасте, в отличие от других периодов, чаще встречаются такие переживания, как: удивление, радость, обида, разочарование, недоумение, страх. У пожилых чаще наблюдается депрессия, сентиментальность. Разнятся «репертуар» и острота переживаний — от большого (многочисленного), яркого и нередко запредельного у ребенка до скудного, монотонного у старика. Многие чувства (особенно эстетические) в норме формируются лишь в процессе взросления. Преимущественно для зрелых людей характерно чувство ревности.

Специфические возрастные закономерности отмечаются в сфере *психомоторных характеристик,* то есть мимическом и жестикуляционном стилях, манере походки. Ребенок и подросток чаще взрослого и тем более пожилого человека проявляют повышенную двигательную и речевую активность. Мо-

торика молодого человека отличается порывистостью, быстротой, ловкостью и проворностью. В норме его мимика характеризуется живостью, богатством и яркостью, а жестикуляция — обильностью и эмоциональной насыщенностью. Именно поэтому некоторые психопатологические расстройства встречаются исключительно у ребенка. К ним относится гиперкинетический синдром, сопровождающийся излишней двигательной активностью и даже психомоторным возбуждением. В то же время моторика пожилого человека отличается замедленностью, плавностью, нередко меньшей координированностью и неловкостью.

Стиль устной и письменной речи в норме, так же как и психомоторные характеристики, обладает возрастной специфичностью. Чаще более выраженная и активная речевая активность наблюдается в более молодом возрасте. Речь отличается по темпу и скорости. У пожилого человека скорость речи замедляется, отмечается темповое однообразие. Особенности письменной речи характеризуются спецификой почерка, который с возрастом становится устойчивее.

По мнению Дж. Кулка, к критериям нормальности и аномальности ребенка, взрослого и пожилого человека следует относить:

1) субъективную удовлетворенность, характерную больше для зрелого человека, чем для ребенка и подростка;
2) идентичность, которая становится устойчивой лишь к 5—6 годам;
3) интегральность, целостность, приобретаемую в период длительной социализации;
4) автономность (независимость), типичную для гармоничного взрослого;
5) адекватность восприятия реальности;
6) адекватное самопознание, самопереживание и самооценку;
7) толерантность к фрустрации;
8) резистентность по отношению к стрессу;
9) социальную адаптацию;
10) оптимальное самоутверждение.

Существование возрастных вариантов девиантного поведения отражает наличие устойчивых различий психологии людей разного возраста, а значит, ценностно-мотивационной специфичности. Известно, что психология подростка пронизана стремлением быть удовлетворенным собственной внешностью и иметь возможность общаться со сверстниками, психология зрелого человека характеризуется ценностной ориентацией на такие социально значимые стороны жизни, как престиж, авторитет, имидж, реноме, репутация, финансовое и семейное благополучие, а психология пожилого базируется на значимости самой жизни (в первую очередь ее длительности и необременительности). Из этого следует, что девиантные формы поведения могут захватывать наиболее существенные и ценные стороны жизнедеятельности и могут наблюдаться возрастные их варианты.

Наиболее ярким проявлением детско-подростковой специфики отклоняющегося поведения считаются *акселерация и ретардация психического и пове-*

денческого развития. Девиация в виде акселерации может выражаться в ускорении психосексуального развития, когда у ребенка или подростка появляются формы сексуального поведения, характерные для более поздних этапов. Например, потребность в коитальных контактах в дошкольном или младшем школьном возрасте, мастурбационное поведение у младенца. Отклоняющаяся акселерация в психосексуальной сфере может проявляться и в десинхронии развития. Ускорение психосексуального развития характеризуется усилением сексуального интереса (гиперсексуальности), учащением сексуальных эксцессов. Помимо психосексуальной акселерации, возможно и отклоняющееся поведение в форме интеллектуального опережения. В подобных случаях ребенок начинает интересоваться деятельностью, нехарактерной для его возраста (дошкольник заниматься философией). Возможно появление нетипичной рассудительности, обстоятельности, сентенциозности. В случаях существенного опережения в интеллектуальной деятельности сверстников, особенно в общежитейских (практически ориентированных) вопросах, говорят о психологическом типе «маленького старичка».

Отклоняющееся поведение в виде **ретардации** психического и поведенческого развития характеризуется отставанием в формировании возрастных стереотипов поведения. Это проявляется в **психическом инфантилизме,** включающем сохранение в психике и поведении взрослого или подростка особенностей, присущих детскому возрасту. К инфантильным чертам относится психологическое неумение разводить идеальные и реальные цели, не соответствующая возрасту наивность и прямодушие, детская восторженность, эгоцентризм, формально-обязательное выполнение долга и подчиняемость, нежелание прогнозировать возможные будущие нежелательные события. Также отмечается повышенная обидчивость, потребность в утешении и опеке, склонность к резким колебаниям настроения и выраженным аффективным реакциям. Инфантилизм может захватывать и ретардацию психосексуального развития, когда не происходит естественного становления сексуальности (асексуальность). Кроме того, возможны отклонения в формировании таких признаков психосексуальной зрелости, как понимание биологического и социального смысла сексуальных действий. Последний параметр является важным, поскольку на его базе нередко формируется поведенческая девиация, характеризующаяся тем, что ребенок или подросток часто становится жертвой сексуального насилия в силу инфантилизма и незрелости.

Клинически очерченные специфически **детские формы отклоняющегося поведения** включают в себя: *поведение на базе фантазирования, гиперкинетическое поведение, т. н. детские страхи.*

Гиперкинетическое (гипердинамическое) поведение проявляется в первую очередь двигательной расторможенностью, неусидчивостью и иными признаками гиперактивности в сочетании с нарушениями внимания (иногда оно обозначается *синдромом дефицита внимания).* Характерными проявлениями данного поведения являются:

1) часто наблюдаемые беспокойные движения в кистях и стопах (сидя на стуле, ребенок корчится, извивается);

2) неспособность спокойно сидеть на месте, когда от него это требуют;
3) легкая отвлекаемость на посторонние стимулы;
4) нетерпеливость (с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе);
5) суетливость (на вопросы часто отвечает не задумываясь, не выслушав их до конца);
6) при выполнении предложенных заданий испытывает сложности (не связанные с недостаточным пониманием или негативным поведением);
7) с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр;
8) часто переходит от одного незавершенного действия к другому;
9) не может играть тихо, спокойно;
10) болтливость;
11) назойливость (часто мешает другим, пристает к окружающим, например вмешивается в игры других детей);
12) часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь;
13) рассеянность (часто теряет вещи, необходимые в школе и дома, например игрушки, карандаши, книги и т. д.);
14) снижение чувства опасности (часто совершает опасные действия, не задумываясь о последствиях). При этом не ищет приключений или острых ощущений (например, перебегает улицу, не оглядываясь по сторонам).

Детские страхи типичны для детей периода раннего детства. Они представляют собой гамму разнообразных по клинической форме феноменов. Страхи могут носить *дифференцированный и недифференцированный характер,* быть *навязчивыми, сверхценными или бредовыми по структуре.* Специфичными являются ночные страхи и страх темноты.

У ребенка с **отклоняющимся поведением на базе фантазирования** отмечается живость воображения, склонность к смешиванию вымысла, фантазии и реальности. Часто первым признаком подобного поведения становится своеобразие игровой деятельности ребенка, во время которой он на длительный период способен «перевоплотиться» в животное, выдуманный образ или неодушевленный предмет. Возможны различные пути формирования данной девиации — от психогенно-личностного, связанного с формированием и преобладанием шизоидного или истерического радикала в характере ребенка, до эндогенного (шизофренического), обусловленного нарушениями коммуникативных способностей.

Отклонения нормального развития и поведения в детском возрасте носят крайне разнообразный характер и включают такие поведенческие стереотипы, как:

1) нарушение способности к невербальным действиям (прямой взгляд в глаза, реакции посредством мимики, позы, жестов);
2) невозможность установить соответствующие уровню развития отношения со сверстниками;

3) невозможность разделять удовольствие, интерес или успех с другими людьми;
4) отсутствие эмоциональной или социальной взаимности;
5) задержка развития или полное отсутствие речи (не сопровождаются попыткой компенсировать этот недостаток путем альтернативных способов общения жестами или мимикой);
6) выраженное нарушение способности начинать или поддерживать разговор с другими людьми;
7) всепоглощающая озабоченность одной или несколькими моделями интересов, которые не соответствуют норме ни по интенсивности, ни по направленности;
8) не поддающееся изменению строгое соблюдение специфических, не функциональных рутинных действий или ритуалов;
9) устойчивая озабоченность деталями каких-либо предметов;
10) нарушение координации походки или движений туловища;
11) стереотипные, повторяющиеся ужимки;
12) несоразмеримость произвольных движений;
13) бедность мимики;
14) ребенок показывает языковые навыки в одних ситуациях и не в состоянии говорить в других ситуациях (элективный мутизм);
15) фонографизм;
16) эхолалия;
17) склонность к составлению новых слов (неологизмов);
18) склонность к рифмованию;
19) недостаточность коммуникативной функции речи;
20) сочетание примитивных форм (лепет, эхолалия) со сложными выражениями и оборотами;
21) боязнь новизны;
22) стремление к одиночеству;
23) отсутствие «комплекса оживления»;
24) задержка формирования элементарных навыков самообслуживания;
25) выраженное ограничение словарного запаса, ошибки при использовании глаголов, трудности при вспоминании слов или произнесении длинных и сложных предложений, не соответствующие уровню развития ребенка;
26) нарушение понимания обычных слов, предложений, специальных понятий, таких, как термины, относящиеся к пространству;
27) невозможность употреблять звуки речи, соответствующие возрасту ребенка и его диалекту (такие ошибки в произнесении или организации звуков, которые приводят к замене одного звука другим или к пропуску звуков);
28) сюсюканье;
29) недостаточность развития навыков чтения;
30) недостаточность развития навыков спеллингования (неумение правильно произнести слово по буквам и написать его);

31) неумение производить основные арифметические действия сложения, вычитания, умножения, деления;
32) расстройство приобретения учебных навыков;
33) недостаточность развития экспрессивного письма;
34) способность к успешным, требующим двигательной координации действиям в повседневной жизни значительно ниже ожидаемого уровня;
35) диспраксия;
36) отсутствие упорства в деятельности, требующей умственной сосредоточенности;
37) склонность к перескакиванию с одних дел на другие без доведения их до конца;
38) неспособность слушать собеседника;
39) невозможность следовать указаниям, выполнять школьные задания, домашнюю работу или свои обязанности на рабочем месте;
40) частые трудности в организации задания и своей деятельности;
41) частые потери предметов, необходимых для выполнения заданий или иной деятельности;
42) частая отвлекаемость под влиянием внешних стимулов;
43) частая забывчивость в повседневных делах;
44) частые беспокойные движения рук или ног;
45) частые суетливые действия, не соответствующие ситуации;
46) часто проявляющаяся невозможность играть или проводить свой досуг спокойно;
47) частое пребывание в движении или в «заведенном состоянии»;
48) стремление часто и много говорить;
49) частое проявление готовности ответить на вопрос, не дослушав его до конца;
50) часто возникающее нетерпение при ожидании своей очереди;
51) частое стремление перебивать или вторгаться в ситуации;
52) неорганизованная, нерегулируемая и чрезмерная активность;
53) проявление агрессии в отношении людей и животных;
54) умышленное причинение имущественного ущерба;
55) лживость;
56) воровство;
57) рецидивирующий, чрезмерный дистресс при ожидаемой или реальной разлуке с домом или основными субъектами привязанности;
58) устойчивое нежелание или отказ идти в школу или в другие места из-за страха разлуки;
59) устойчивый и чрезмерный страх или нежелание оставаться в одиночестве в отсутствие дома основных субъектов привязанности или в других аналогичных ситуациях;
60) устойчивое нежелание или отказ идти спать в отсутствии дома основных субъектов привязанности или нежелание спать вне дома;
61) повторяющиеся кошмарные сновидения, которые включают тему разлуки;

62) повторяющиеся жалобы на соматические симптомы при ожидаемой или реальной разлуке с домом или основными субъектами привязанности;
63) боязнь незнакомых лиц и социальная тревога и беспокойство при неожиданных новостях, странных или социально угрожающих ситуациях;
64) устойчивое отклонение модели детских социальных взаимоотношений, связанное с эмоциональным нарушением и реактивности по отношению к изменениям окружающей обстановки (боязнь, сверхбдительность, бедность социальных взаимосвязей со сверстниками, агрессивность по отношению к себе и другим);
65) диффузное, неизбирательно сфокусированное привязчивое поведение, требующее к себе внимания;
66) неразборчиво дружественное поведение;
67) длительное игровое перевоплощение;
68) яркое образное фантазирование;
69) сосание пальцев;
70) мастурбация (онанизм);
71) устойчивое и сильное страдание по поводу своего пола одновременно с сильным желанием быть лицом другого пола или настойчивым требованием признать его таковым;
72) наличие черт сорванца у девочки;
73) наличие девичьих черт у мальчика;
74) ориентированность на некоторые неживые объекты как стимуляторы полового возбуждения и удовлетворения;
75) повторная и устойчивая тенденция показывать свои половые органы посторонним лицам (обычно противоположного пола);
76) подглядывание;
77)яктация;
78) онихофагия;
79) выдергивание волос (трихотилломания);
80) отказ от еды и снижение аппетита;
81) особая избирательность пищи;
82) замедленное пережевывание пищи;
83) поедание несъедобного;
84) повторное отрыгивание пищи без тошноты и наличия какого-либо желудочно-кишечного заболевания;
85) повышенный аппетит;
86) субфебрилитет, не связанный с соматическим заболеванием;
87) болезненно повышенный инстинкт самосохранения (боязнь и плохая переносимость всего нового — отказы от еды, падение веса, усиление капризности и плаксивости при любой перемене обстановки).

К типично подростковым девиациям, например, относятдисморфоманическое и гебоидное поведения, дромоманию и пироманию, анорексию, поведение на базе застенчивости.

Дисморфоманическое (дисморфобическое) поведение базируется на ложной убежденности подростка (чаще девушки) в наличии у нее физических недостатков. Такие подростки уверены, что выглядят некрасиво, неэстетично, непривлекательно и даже отталкивающе и уродливо. Их психическое состояние характеризуется комплексом неполноценности, сопровождается идеями ущербности. В поведении это выражается в резком ограничении круга общения, замкнутости, аутизации, склонности рассматривать и анализировать свою внешность («симптом зеркала»), стремлении кардинально исправить мнимый физический недостаток. Если девушка убеждена, что часть ее лица (нос, щеки, уши, зубы, веки, губы, подбородок и др.) или вся фигура являются «уродливыми», «обезображивающими», отталкивающими от нее сверстников, то возможен выбор хирургического исправления «дефекта», настойчивое обращение к врачам за помощью. Другой вариант борьбы с «физическим недостатком» (чаще связанным с убеждением в полноте) — комплекс физических упражнений или изменение пищевого поведения (отказ от пищи, использование особых диет). Убежденность в физических недостатках собственного тела у подростка может носить как сверхценный, так и бредовый характер.

Гебоидное поведение характеризуется дезорганизацией деятельности подростка, выраженным инфантильным эгоцентризмом, гротескным стремлением к самоутверждению с грубой оппозицией к окружающим, полным игнорированием нравственных правил и ценностей, жестокостью, выраженностью садистических наклонностей, отсутствием жалости, сострадания — «моральным дальтонизмом» (С. А. Суханов), склонностью к импульсивной агрессии, отсутствием чувства долга, ответственности, интереса к продуктивной положительной деятельности при усиленном патологическом интересе ко всему, что связано с насилием, убийствами, издевательствами, кровавыми расправами, террористическими актами (В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин). Кроме того, типичными для гебоидного поведения считаются расторможенность влечений, примитивная гедонистическая мотивация своих поступков, стремление к немедленной реализации своих побуждений. Подобная форма девиантного поведения встречается только при психопатологическом типе, чаще в структуре шизофренического спектра расстройств.

Дромомания характеризуется повторяющимися уходами ребенка из дома или из школы, поездками в другие районы города или иные населенные пункты, стремлением бродяжничать и путешествовать. **Пиромания** выражается в стремлении ребенка или подростка к совершению поджогов.

Одно из типичных для подросткового возраста — **отклоняющееся поведение на базе застенчивости.** Оно проявляется смущением и робостью, неумением общаться с незнакомыми людьми и страхом перед общением, неспособностью эффективно и результативно действовать в присутствии посторонних, страхом быть неправильно или предвзято понятым, излишне назойливым или утомительным. Поведение застенчивого подростка характеризуется замкнутостью, нелюдимостью, аутизацией, игнорированием собственных интересов в виде отказа от любых действий, направленных на получение удовлетворения.

Специфичных исключительно **для периода взрослости** девиаций поведения крайне мало (трудоголизм), тогда как встречающихся преимущественно у лиц пожилого возраста достаточное количество. К ним, в частности, относят: *отклоняющееся поведение на базе идей ущерба, эгоцентрическое и ипохондрическое поведение.*

По мнению Ленден и Ли, **процесс аномалий (психопатологии) старения** включает шесть этапов:

1) все более значимыми становятся не реальная жизнь, а повторяющиеся воспоминания прошлого;
2) прогрессивно нарастает снижение памяти;
3) действительность становится нереальной и все больше отдаляется;
4) появляются растерянность, беспомощность, затем апатия к окружающему, которую сменяет дезориентировка в происходящем;
5) сознание становится дезинтегрированным, возникают такие клинические симптомы, как спутанность, старческая аменция;
6) беспомощность становится полной, напоминая беспомощность новорожденного.

Отклоняющееся поведение на базе идей ущерба проявляется у пожилого человека в виде подозрительности и недоверчивости по отношению к окружающим людям, чаще проживающим совместно с ними (родственникам, соседям). Девианты убеждены, что близкие в их отсутствие с целью избавиться от них или «испортить нервы и здоровье» портят их вещи, мебель, обувь, одежду, еду. Пожилой человек часто ищет и «находит» подтверждения своим размышлениям — трещины на каблуках туфель, мелкие дыры на старом пальто и т. д. Он становится раздражительным, гневливым, ищет справедливости и требует наказания для соседей или родственников.

Эгоцентрическое отклоняющееся поведение считается типичным для лиц пожилого возраста, когда человек перестает интересоваться жизнью близких людей и центрирует все внимание на собственных проблемах. Эгоцентризм выражается в поведении, игнорирующем любые события, которые происходят не с девиантом. Круг его жизненных интересов сужается до анализа физиологических процессов (еды, дефекации, уринации, сна). Как правило, данная девиация обнаруживается в процессе общения пожилого человека с внуками или детьми. Появляется повышенная требовательность к ним, склонность предписывать поведение, направленное на создание комфорта пожилому человеку. Иногда отклонения в поведении заключаются в шантаже и торге с родственниками («Если не купишь фрукты — вычеркну из завещания»).

Разновидностью эгоцентрического поведения считается **ипохондрическое отклоняющееся поведение,** суть которого заключена в привлечении внимания окружающих к состоянию собственного здоровья. Такие девианты создают родственникам невыносимые условия существования, ссылаясь на собственные недуги, требуют соблюдения особого режима в домашних или больничных условиях, склонны преувеличивать тяжесть своего состояния. Нередко пожилой человек настаивает на том, чтобы родственник бросил семью и про-

живал с ним с целью предупреждения возможного ухудшения состояния здоровья и смерти.

Перечисленные формы девиантного поведения у лиц разных возрастных групп являются специфичными для какой-нибудь одной из них. Однако возрастные различия наблюдаются и в клинических проявлениях иных форм отклоняющегося поведения. В табл. 11 представлена возрастная приоритетность поведенческих девиаций.

Возрастные различия в проявлении известных клинических форм отклоняющегося поведения представлены довольно ярко. Некоторые формы преимущественно или исключительно встречаются у лиц определенного возраста, сказываясь на процессе диагностики.

Перечисленные кардинальные возрастные различия нельзя не отметить в рамках **отклоняющегося агрессивного поведения.** Известно, что физическая агрессия чаще наблюдается у молодых людей и лиц зрелого возраста и значительно реже — у пожилых и стариков. Это обусловлено снижением общей агрессивности всвязи с возрастным снижением активности и физической силы. Психологическая агрессия не имеет столь явной динамики. Особенно ярко различия проявляются в сексуальном агрессивном поведении.

По мнению Н. В. Вострокнутова и В. Г. Василевского, детская агрессивность — биопсихосоциальный феномен, который проявляется в зависимости от уровня возрастного психического развития определенным стереотипом реакций или устойчивым поведением с совершением детьми или подростками осознанных и произвольных насильственных действий, причиняющих вред

Табл и ца 11

Возрастная приоритетность поведенческих девиаций

Поведенческие девиации	Дети, подростки	Взрослые	Пожилые, старики
Агрессия	***	**%	
Аутоагрессия	**	•**	**
Злоупотребление веществами	****	****	*
Нарушения пищевого поведения	#***	*	
Аномалии сексуального поведения	**	***	
Сверхценные психологические увлечения	****	***	
Сверхценные психопатологические увлечения	***	*	
Характерологические реакции	****		
Коммуникативные девиации	***	***	**
Безнравственное и аморальное поведение	***	***	*
Неэстетичное поведение	•••	Mi	*

Обозначения:**** —данная форма *специфична* для данного возраста, *' — часто ветречается, ** — встречается иногда, * — встречается редко.*

или ущерб окружающим, живым существам или предметам, включенным в конфликтные взаимоотношения ребенка с окружающим его миром. Авторы выделяют значимые черты агрессивности несовершеннолетних: 1) агрессивность детей и подростков является не качественным индивидуально-типологическим или характерологическим свойством, а феноменом, который имеет определенный личностный смысл и через внешние действия выражает конфликт ребенка с его окружением; 2) агрессивность детей и подростков как следствие дистресса, фрустрации значимых потребностей, межличностного или внутриличностного конфликта, кроме внешних форм — аффективно окрашенных, направленных на окружающих реакций с агрессивно-насильственными действиями, включает и внутренние переживания, агрессивные фантазии, мысли и намерения, а также сопутствующие нарушения психических процессов; 3) выражение агрессивных действий в поведенческом стиле, а также их мотивация, внутренняя связь с личностными установками и смыслом «Я»-отношений, особенности сочетания с нарушениями психологического развития и психического здоровья определяются этапами возрастного онтогенетического (дизонтогенетического) развития ребенка, проявляющего агрессивное поведение; 4) связь агрессивных действий детей с этапностью возрастного психического развития и личностным отношением определяет нижнюю возрастную границу детской агрессивности, то есть минимальный возраст, с которого действия ребенка можно оценивать как агрессивные, связан с периодом становления нормативной или аномальной структуры «Я» ребенка; 5) признак осознанности и произвольности агрессивных действий и поступков детей и подростков исключает из круга агрессивных действий такие насильственные, причиняющие вред или ущерб действия, когда дети и подростки не понимают и не осознают их значение и последствия или не могут руководить ими, например при некоторых тяжелых психических расстройствах (стереотипных двигательных, гиперкинетических, кататонических синдромах, расстройствах сознания), при нарушениях поведения, связанных с умственной отсталостью в глубокой форме.

Аутоагрессивное (суицидальное) поведение у лиц разных возрастных групп имеет свои особенности и закономерности, различаясь частотой, выбором способа самоубийства и мотивами. Известно, что психологические механизмы суицидального поведения подростков, лиц зрелого возраста и пожилых людей отнюдь не тождественны. По данным большинства исследователей, возраст оказывает существенное воздействие на частоту различного рода суицидальных действий. Покушение на самоубийство совершают преимущественно молодые люди до 29 лет, в более старших возрастных группах частота суицидальных попыток значительно уменьшается. Вероятность лишения себя жизни с возрастом имеет тенденцию к увеличению. Суицидальные попытки пожилых людей чаще оказываются спланированными, неманипулятивными, в то время как суицидальные попытки у молодых людей чаще носят демонстративный или манипулятивный характер.

Можно отметить несколько возрастных пиков суицидальной активности. Первый наблюдается в юношеском и молодом возрасте от 18 до 25 лет. По

мнению Х. Ремшмидт, к факторам, обусловливающим и провоцирующим суицидальные попытки у молодежи, относятся, наряду с тяжелыми психическими заболеваниями, конфликты самооценки, одиночество и изоляция, нарушение межличностных отношений, неудовлетворенность своей внешностью, разочарование в отношениях с представителями противоположного пола, депрессивные состояния. Часто эти попытки оказываются спровоцированными сугубо ситуативными факторами, которые спустя год-два утрачивают всяческую значимость.

В среднем возрасте количество манипулятивных суицидальных попыток сокращается и увеличивается количество завершенных суицидов. Наиболее часто они обусловлены переживаниями интимно-личностного характера (измена, ревность, предательство). У пожилых людей и стариков основной причиной суицидального поведения становится страх одиночества, беспомощности, тяжелой неизлечимой болезни и связанных с ней страданий. Суицидологи отмечают специфику в содержании психогенных конфликтов и тип психогенных суицидоопасных реакций соответственно возрастным периодам инволюции и личностным особенностям суицидентов.

Л. Г. Магурдумова в этой связи выделяет следующие три группы:

1. В возрасте 45—55 лет наблюдаются суицидоопасные психогенные реакции по типу интимно-личных «катастроф». Одни реакции формируются в связи с такими психогенными переживаниями, как внезапная измена одного из супругов, чаще мужа, уход из семьи с угрозой развода, оставление близких без эмоционального влияния и необходимой родственной поддержки. В данной конфликтной ситуации при нарушенных супружеских взаимоотношениях ушедший начинает «поиск нового» с коренным изменением своих прежних взглядов на жизнь, на семейные отношения, нередко с утратой традиционных семейных представлений. Начинается выбор иной жизненной позиции, обычно под влиянием аффективно насыщенных переживаний, с уходом от повседневной семейной действительности, без учета возможного снижения своего социального престижа и материальных потерь. В то же время у оставленного, страдающего супруга развивается острое, глубоко ранящее чувство незаслуженной обиды, «предательства» и горя, чувство переживания жизненного «тупика», безысходности и тягостного одиночества.

Другим психотравмирующим обстоятельством, вызывающим реакции по типу интимно-личных «катастроф», является смерть одного из супругов или значимого друга. Этот вариант реакций характеризуется психическим напряжением с депрессивной окраской настоящего и будущего, с отсутствием планов, стремлений, с острым чувством безнадежности, беспомощности и одиночества. Эти реакции имеют тенденцию к затяжному течению. На всех этапах формирования, исследователи отмечают наличие высокой суицидальной опасности, имеющей истинный характер суицидальных намерений.

2. В возрасте 55—65 лет исследователи выявили кризисные состояния в ответ на нежелаемый уход на пенсию, должностное снижение, а также невозможность осуществления своих творческих планов. При этом формировались различного типа непатологические ситуационные реакции, чаще всего по типу

«пессимистических реакций и реакций демобилизации», когда наряду с падением социального престижа, глубоко дезадаптирующего личность, развивается пессимистическая оценка окружающего с рассуждением об утраченных ценностях, об отсутствии перспектив, о надвигающейся старости.

Преобладает сниженное настроение с некоторой ипохондрической окраской. Существенным психотравмируюшим моментом в этом возрастном периоде инволюции может быть также сочетание одновременного снижения социального статуса и сексуального престижа, что обычно влечет интимный разлад в семье и последующее за ним своеобразное эмоциональное отчуждение. Данное сочетание, в комбинации с личностными особенностями, является, по мнению исследователей, наиболее суицидоопасным. Реакции «демобилизации» обычно характеризуются падением активности во многих сферах деятельности, утратой интересов, фиксированности на мыслях о своей ненужности и никчемности. Наблюдаются мучительные размышления о ценности жизни, о неизбежно надвигающейся старости и смерти. У таких людей мысли о смерти ограничиваются «рассуждением на тему» без истинного желания умереть и без активных суицидальных намерений.

3. В возрасте 65-75 лет наблюдаются психогенные реакции по типу депрессивных с переживанием чувства ущерба, ущемленности, несправедливого отношения к пожилому человеку со стороны членов семьи. Нередко эти реакции возникают из-за имущественных разногласий. Переживания носят ригидный малоподвижный характер, обычно сочетаясь с соматическими или иными хроническими заболеваниями. На данном возрастном этапе специалисты наиболее суицидоопасным моментом считают переход депрессивной психогенной реакции в оппозиционную реакцию у практически здоровых людей без выраженной соматической патологии. Обычно это происходит при обострении внутрисемейных отношений, особенно со взрослыми детьми или их семьями. При этом имеющиеся депрессивные реакции трансформируются в оппозиционные, при которых ведущее место занимают повышенная требовательность и стеничность в отстаивании своих утраченных позиций и планов.

Нарушения пищевого поведения можно считать характерными преимущественно для девушек-подростков, что обусловлено своеобразием иерархии ценностей человека в этом возрастном периоде. Часто анорексия (отказ от пиши, исчезновение аппетита) базируется на дисморфоманическом поведении. В молодом возрасте нарушения пищевого поведения могут сохраняться, но они становятся значительно реже. Возможно появление гиперфагической реакции на стресс.

Девиантное поведение в виде **злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние,** преимущественно начинает формироваться в подростковом возрасте, а некоторые формы зависимостей преобладают у лиц молодого возраста. Поданным П. Д. Шабанова и О. Ю. Штакельберг, возраст первого употребления наркотиков распределяется следующим образом: около 1 % впервые пробуют наркотик в возрасте до 10 лет, более 40% — от 11 до 14 лет, около 50% — от 15 до 17 лет и меньше 1 % — после 20 лет.

Клинические проявления наркозависимости в подростковом возрасте отличаются нечеткостью симптоматики, преобладанием психопатологических расстройств, быстротой развития психического дефекта и снижением волевого регулирования собственной деятельности (Р. Дурст, П. Ребауденго-Роска). Девиантное поведение в форме наркозависимости у лиц пожилого возраста отличается мотивами употребления наркотиков. Если у подростков и лиц среднего возраста доминирующими являются такие мотивы употребления, как стремление стать свободным, испытать необычные ощущения, отрешиться от обыденной, скучной жизни, не отличаться от других, то основным мотивом употребления наркотического вещества пожилым человеком считается стремление улучшить свое психическое самочувствие, избежать неприятных ощущений и дискомфорта.

Учитывая тот факт, что сексуальность человека претерпевает закономерные возрастные изменения, можно обнаружить существенные возрастные различия и в проявлениях **сексуальных девиаций и перверсий.** К типичным для детского возраста особенностям сексуального поведения относят: *игры со взаимным обнажением, вуайеризм, увлечение порнографией, некоторые разновидностимастурбационногоповедения.*

Диагностика отклоняющегося поведения в виде **игр со взаимным обнажением,** наблюдаемая у детей дошкольного возраста, строится на основании стереотипизации отклоняющегося поведения, невозможности полностью контролировать свой сексуальный интерес и недоучете ситуационных моментов, а также на опережении этапов психосексуального развития. Данные критерии относятся ко всем сексуальным девиациям детского возраста. При играх со взаимным обнажением, наблюдаемом и вне отклоняющегося поведения, ребенок начинает обращаться с просьбой (иногда требованием, сопровождаемым угрозами и шантажом) к лицам разного возраста. Иногда эти действия носят инцестный характер — в игры начинают вовлекаться кровные родственники (братья, сестры). Возможно появление эротических снов.

Детский вариант **вуайеризма** характеризуется стремлением ребенка подглядывать за интимной жизнью, уринацией или дефекацией родителей, воспитателей детского сада, учителей. В рамках девиации поведение становится стереотипным. Ребенок, застигнутый за подглядыванием, не испытывает чувства раскаяния и продолжает, несмотря на наказания, вести себя так, как вел. **Сверхценное увлечение порнографией** в дошкольном или младшем школьном возрасте может рассматриваться как сексуальная девиация, поскольку ребенок к этому возрасту еще не прошел всех закономерных этапов психосексуального развития. **Мастурбационное поведение** может считаться отклоняющимся у ребенка в случае раннего начала мастурбаиионных актов (до десятилетнего возраста), неспособности контролировать их количество и адекватность ситуации. При девиантном мастурбационном поведении ребенок может не обращать внимания на наличие присутствующих, частота актов учащается, ребенок фиксируется лишь на данном виде деятельности, игнорируя иные (в частности, коммуникацию).

К сексуальным девиациям, характерным для лиц подросткового и зрелого возраста, причисляют подавляющее большинство парафилий (как по способам реализации, объекту сексуального интереса, так и по аномалиям половой идентичности, и по сексуальной ориентации).

Сверхценные психологические и психопатологические увлечения имеют тенденцию формироваться в подростковом возрасте в силу особенностей структуры психической деятельности. К ним относится гемблинг, фанатизм (спортивный, музыкальный, религиозный) и многие другие. В подростковом возрасте девиантное поведение характеризуется групповой структурой и неустойчивостью. Для взрослых и пожилых сверхценные увлечения не являются типичными, хотя в пожилом возрасте может формироваться сутяжничество и кверулянство.

Как уже было показано, коммуникативные особенности лиц разных возрастных групп отличаются друг от друга, поэтому можно утверждать, что диагностика **коммуникативых девиаций** должна иметь специфику. Аутистическое поведение у подростка и пожилого отличаются существенно. Поведение на базе ревности преобладает улиц среднего возраста.

Отклоняющееся поведение в форме **безнравственного и аморального** практически не имеет возрастных особенностей. Особо следует отметить **неэстетичное поведение,** считающееся типичным для детей и подростков. Часто оно проявляется в выборе какой-либо разновидности эпатажного поведения. Подросток в группе, сформированной по принципу сверхценных увлечений, начинает разделять не только идеологию, но и стиль группы. Это находит отражение в одежде, обуви, внешности, походке, речевых стереотипах (сленге), стиле взаимоотношений с окружающими.

I

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. Коммуникативная компетентность **с** возрастом имеет тенденцию:
а) увеличиваться;
б) уменьшаться;
в) изменяться волнообразно;
г) изменяться скачкообразно;
д) не имеет возрастной динамики.

2. В детском и подростковом возрасте саморегуляция носит:
а) стабильный характер;
б) шаблонный характер;
в) поисковый характер;
г) безвариативный характер;
д) не имеет возрастной специфики.

3. Крайние варианты самооценки чаще отмечаются у:
а) детей и подростков;
б) лиц молодого возраста;
в) лиц зрелого возраста;
г) пожилых;
д) стариков.

4. Антиципационные способности (состоятельность) формируются обычно к:
а) 7 годам;
б) 10 годам;
в) 14 годам;
г) 18 годам;
д) 21 году.

5. Такие переживания, как удивление, радость, обида, разочарование, недоумение, страх, чаще встречаются у:
а) детей и подростков;
б) лиц молодого возраста;
в) лиц зрелого возраста;
г) пожилых;
д) стариков.

6. Гиперкинетический синдром чаще встречается у:
а) детей;
б) подростков;
в) лиц зрелого возраста;
г) пожилых;
д) стариков.

7. Более выраженная и активная речевая активность обычно наблюдается в:
а) более молодом возрасте;
б) у лиц зрелого возраста;
в) у детей;
г) у пожилых;
д) не имеет возрастной специфичности.

8. Синдром патологического фантазирования чаще отмечается у:
а) детей;
б) лиц молодого возраста;
в) лиц зрелого возраста;
г) пожилых;
д) стариков.

9. Сохранение в психике и поведении взрослого или подростка особенностей, присущих детскому возрасту, называется:
а) пуэрилизмом;
б) ювенилизмом;
в) ретардацией;
г) акселереацией;
д) инфантилизмом.

10. Поведение, базирующееся наложной убежденности подростка в наличии у него физических недостатков, называется:
а) ипохондрией;
б) нарциссизмом;
в) дисморфоманией;
г) инфантилизмом;
д) ни один из ответов не верен.

11. Гебоидное поведение чаще наблюдается при одном из нижеперечисленных типов девиантного поведения:
а) делинквентном;
б) аддиктивном;
в) патохарактерологическом;
г) психопатологическом;
д) всех перечисленных.

12. Манипулятивное суицидальное поведение чаще наблюдается у:
а) детей и подростков;
б) у лиц до 29 лет;
в) у лиц до 39 лет;
г) улиц до 49 лет;
д) улиц до 59 лет.

13. Синдром дефицита внимания характерен для:
а) детей;
б) подростков;
в) зрелых лиц;
г) пожилых;
д) стариков.

14. Процесс половой идентификации, как правило, завершается к:
а) 2—3 годам;
б) 4—5 годам;
в) 5-6 годам;
г) 6—7 годам;
д) 7-8 годам.

15. Отклоняющееся поведение на базе идей ущерба характерно для:
а) детей;
б) подростков;
в) зрелых лиц;
г) пожилых;
д) стариков.

Рекомендуемая литература

1. *Вострокнутов Н. В., Василевский В. Г.* Патологическое агрессивное поведение детей и подростков. Комплексная оценка на этапах возрастного психического развития // Российский психиатрический журнал. 2000. № 2. С. 12-19.
2. *Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я.* Психопатология детского возраста. Томск, 1994.
3. *Зимбардо Ф.* Застенчивость. М., 1991.
4. *Исаев Д. Н., Каган В. Е.* Психогигиена пола у детей. Л., 1986.
5. *Ковалев В, В.* Психиатрия детского возраста. М., 1979.
6. *Кондратенко В. Т.* Девиантное поведение у подростков. Минск, 1988.
7. *Менделевич В. Д.* Психопатология климакса. Казань, 1992.
8. *Ткаченко А. А.* Аномальное сексуальное поведение. М., 1997.
9. *Чудновский В.* С, *КржечковскийА. Ю., МожейкоА. А.* Самосознание подростковс гармоничным и отклоняющимся поведением. Ставрополь, 1993.
10. *Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю.* Наркомании. СПб., 2000.
11. *Шахматов Н. Ф.* Психическое старение. М., 1996.

Глава 7

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Как было показано в предыдущих главах, на становление поведения, отклоняющегося от разнообразных норм, на его клинические проявления, закономерности и особенности формирования оказывают влияние этнокультурные, тендерные, возрастные параметры. В ряду значимых параметров особое место занимает профессия человека. Это связано в первую очередь с существованием такого понятия, как психология профессии, или психология профессионала в той или иной области, согласно которой для достижения профессионального успеха необходим строго определенный набор индивидуально-типологических качеств.

Личность, выбирающая ту или иную профессию, в начале «трудового пути» должна обладать специфическими психологическими качествами, для того чтобы не оказаться профнепригодной. Затем законы корпоративности начинают предъявлять свои требования и навязывать индивиду оригинальный профессиональный стереотип поведения, отклонения от которого могут блокировать профессиональный рост. В крайних своих проявлениях в процессе длительного занятия какой-либо профессией могут формироваться профессионально значимые «опознавательные» личностные черты, отличающие представителя одной профессии от другой, навязывающие общественные ожидания изменений психики улиц, связанных с определенным видом деятельности.

Таким образом, влияние профессии на отклоняющееся поведение индивида может быть двояким:

1) профессия способна заострять те или иные имевшиеся индивидуально-психологические особенности человека, формировать у него типичный психологический портрет, выражающийся в строго заданном поведенческом стереотипе, нередко носящем девиантный характер;
2) профессия может оказывать влияние на формирование известных девиаций поведения в силу влияния интенсивности, рискованности, специфичности, темповых и иных особенностей профессиональной деятельности.

Под **профессиональной поведенческой нормой** понимается модель поведения, система предписаний, которые должен усвоить соответствующий индивид, чтобы его признали типичным представителем определенной профессии. Не всегда диктуемая профессиональной группой норма, выраженная в стереотипах поведения, может быть признана гармоничной или нормативной с точки зрения общепринятых норм права, нравственности и эстетики. Попадая в профессиональную группу, человек начинает поддаваться групповому влиянию и для того, чтобы встроиться в коллектив («стать своим»), чтобы быть успешным и компетентным, он начинает усваивать регламентацию деятельности профессионала не только в производственных условиях, но и в иных сферах жизни. Таким образом, в профессиональную поведенческую норму следует включать следующие особенности и стереотипы деятельности (стиля):

1) стиль профессиональной деятельности (активность— пассивность, быстрота — медлительность (обстоятельность и тщательность), эмоциональная отрешенность (устойчивость) — чувствительность (эмпатийность), ответственность);
2) стиль взаимоотношений с партнерами (клиентами, пациентами и пр.) в профессиональной деятельности;
3) стиль взаимоотношений с коллегами по работе (субординация);
4) коммуникативный стиль вне профессиональной среды (коммуникативная толерантность и компетентность).

Стиль профессиональной деятельности отражает специфику рода занятий и профессиональную значимость индивидуально-типологических качеств. Формирование поведенческих стилей, типичных для представителей различных профессий, нередко связано с особенностями самой профессиональной деятельности. По мнению С. Осипова, можно выделить *шесть родов деятельности,* предъявляющих отличные друг от друга требования к стилям поведения и индивидуально-психологическим характеристикам работника:

Практический род деятельности характерен, например, для профессии фермера, водителя и подразумевает наличие таких качеств, как несоциализированность, зрелость, маскулинность, экстравертированность, настойчивость.

Исследовательский род деятельности, типичный, например, для химика, биолога, предполагает обладание такими качествами, как несоциализированность, маскулинность, интровертированность, самодостаточность, настойчивость.

Общественный род деятельности, приписываемый учителям, социальным работникам, диктует необходимость обладания такими качествами, как живость, предприимчивость, консервативность, фемининность, социализированность.

Традиционный род деятельности, считающийся атрибутом книготорговцев, банковских служащих, включает в себя качества конформности, консервативности, маскулинности, нескромности, экстравертированности и ответственности.

Предпринимательский род деятельности, отмечаемый, по мнению S. Osipow, у бизнесменов и политиков, подразумевает обладание качествами социализированное™, доминантности, консервативности и импульсивности.

Художественный род деятельности (музыканты, актеры) характеризуется наличием таких качеств, как незрелость, утонченность, параноидность, интровертированность.

Помимо перечисленных, к профессионально значимым качествам, которые способны приводить к формированию отклоняющегося поведения, могут относиться: *активность* (в крайних степенях — *агрессивность),* которая может быть важной для работников правоохранительных органов, спортсменов — представителей контактных видов спорта; *самоотдача (жертвенность),* значимая для спасателей, врачей; *тщательность, аккуратность, обстоятельность (педантизм),* типичные для бухгалтеров, банковских и медицинских работников, учителей и др.

В *стили взаимоотношений с партнерами* (клиентами, пациентами и пр.) в процессе профессиональной деятельности включают авторитарный или демократический паттерн поведения. При авторитарном (доминирующем) стиле профессионал склонен брать всю полноту отвественности за результативность деятельности на себя, формируя при этом неравноправные отношения. Подобный стиль способствует возникновению отклоняющихся качеств бескомпромиссности, заносчивости, паттернализма, неэмпатийности, жесткости, бесцеремонности и др. Нередко авторитарный стиль взаимоотношений с партнерами выбирают врачи, учителя, руководящие работники. Однако следует отметить социокультурное влияние на данный процесс (т. н. «советский стиль руководства»). Демократический стиль взаимоотношений подразумевает истинно партнерские отношения, то есть наличие таких качеств, как учтивость, обходительность, эмпатийность, рефлексивность и пр.

К *стилям взаимоотношений с коллегами по работе* относят в первую очередь специфику субординации, характер подчинения нижестоящих вышестоящим. Возможно существование четкой иерархии и строгого подчинения одних другим, а также «командная работа», подразумевающая партнерские отношения.

Коммуникативный стиль вне профессиональной среды наиболее значим для оценки нормативности и девиантности поведения человека, представителя той или иной профессии, поскольку отклоняющееся поведение часто можно отметить и диагностировать лишь вне профессиональной деятельности человека (при вовлеченности в нее поведенческие аномалии не распознаются и не расцениваются в качестве таковых). Важными характеристиками коммуникативного стиля считаются коммуникативная компетентность и толерантность. Первая предопределяет наличие способности точно понимать психическое состояние участника взаимодействия, учитывать его; вторая отражает переносимость общения и терпимость по отношению к собеседникам, их мнениям, поведению. Особая разновидность девиантного коммуникативного стиля вне профессиональной среды — т. н. *«профессиональный кретинизм»,* под которым понимается стиль поведения индивида и осмысления им дей-

ствительности сквозь призму собственной профессии. При этом человек не способен отвлечься от профессиональных знаний и стереотипов поведения и начинает использовать их в повседневной жизни. Показательные примеры — оценивающее (диагностирующее) поведение психиатра вне психиатрической больницы и командирский стиль военного при общении с женой и детьми.

Специфические профессиональные варианты отклоняющигося поведения могут наблюдаться у представителей разных профессий. Чаще других в этом ряду отмечают профессии врача, политика, педагога, спасателя, модели (манекенщицы), военного и представителей творческих специальностей.

Поведенческие **стереотипы медицинского работника** (в первую очередь врача) имеют общие характеристики и специфические оттенки у представителей разных медицинских дисциплин. Наиболее существенные из них — способность к эмпатии и стиль общения. Описано четыре психологических типа врача, составляющих альтернативные пары: *«сопереживающий» или «эмоционально нейтральный», «директивный» или «недирективный»* (В. А. Ташлыков). В понятие «сопереживающего» типа врача включают такие качества, как способность глубоко понять и вчувствоваться в проблемы пациента, эмпатировать, сопереживать совместно с больным колебания его состояния, разделять его психологические проблемы, нередко принимать концепцию болезни, выдвинутую пациентом. Тип врача, называемый «эмоционально нейтральным», подразумевает сочетание таких качеств, как эмоциональная дистанцированность врача от глубинных проблем пациента, ориентация на симптомы, нежелание поддерживать пациента в его «субъективных» эмоциональных кризисах с ориентацией на технократический подход к лечению. Под «директивным» психологическим типом врача понимается врач, выступающий в роли учителя, указующего, как следует поступать и что делать в ситуации болезни. «Директивный» врач не склонен дискутировать с пациентом на профессиональные темы. Он выстраивает неравноправные взаимоотношения, определяя себе более значимую роль. В своей деятельности он руководствуется паттерналистской моделью медицины, которая рассматривает взаимоотношения врача и пациента как отношения учителя и ученика, родителя и ребенка. «Директивный врач» исключает ситуацию, когда пациент может сомневаться в его возможностях, негативно относится к перепроверке диагнозов у иных врачей, склонен обижаться и негативно эмоционально реагировать на пациента в случаях критики его действий. «Недирективный» психологический тип врача противоположен «директивному». Он включает ориентацию на партнерство, в отличие от ориентации на руководство, склонен принимать к рассмотрению точку зрения больного как при диагностике, так и при выборе методов и способов терапии.

Специфичной для медицинских работников является девиация поведения, называемая *«синдромом эмоционального выгорания»*. Подобное поведение связано с профессиональной деятельностью, необходимостью ежедневно, ежечасно сталкиваться с ситуациями, характеризующимися повышенной эмоциональной насыщенностью (смерть, страдания), приписыванием ответственности за жизнь человека и его здоровье, интенсивным уровнем труда. Все пе-

речисленные условия работы медицинского работника указывают на повышенный психотравмирующий характер его деятельности. Изменения личности в виде девиантного поведения с признаками эмоционального выгорания проявляются в эмоциональной черствости, безразличии к результатам собственного труда, пессимизме, снижении чувства опасности и ответственности, агрессивности и раздражительности, психосоматических проблемах. Данной разновидности отклоняющегося поведения в большей степени подвержены *врачи и медицинские сестры хирургического профиля*.

Стиль поведения и внешности *типичного психиатра* описывают обычно так: «Он худощав и бледен, волосы взъерошены, на глазах очки с темными стеклами. Движения его порывисты. Но самое примечательное — это вежливо-рассеянная улыбка, которая не сходит с его лица при разговоре. Он как будто и не слышит, о чем говорит собеседник, но «держит улыбочку». Голос его вкрадчив и мягок. Со всеми он разговаривает как с малыми шаловливыми детьми, поучая и журя за проступки». Так или примерно так видится психиатр большинству окружающих его людей. Можно предположить, что во многом подобная характеристика является ожиданием, основанным на страхе и предвзятом отношении. Однако несомненно, что и в реальности высока вероятность формирования девиаций поведения работника психиатрической больницы, что обусловлено как фактом выбора профессии психиатра людьми с определенными характерологическими особенностями, так и спецификой трудовой деятельности.

Как показывают социологические исследования, многие люди убеждены, что психиатры «в большинстве своем своеобразные люди», отличающиеся повышенной эмоциональностью, артистизмом и экстравагантностью поведения. На понимание медиками, работающими в психиатрических учреждениях, проблем душевнобольных могут пролить свет данные следующего исследования «симпатической дистанции», проведенного петербургскими и берлинскими учеными несколько лет назад. «Симпатическая дистанция» определяет степень готовности к контакту медиков с бывшими пациентами психиатрической больницы. Этот параметр проясняет многое в личности и поведении психиатра. Так, из одиннадцати предложенных утверждений на первое место психиатрами было поставлено следующее: «Они (бывшие пациенты) могли бы быть моими лучшими друзьями». И далее: «Я не провожу различий между ними и психически здоровыми людьми», «Я мог бы открыть им свою душу», «Я мог бы проводить с ними свое свободное время», «Я мог бы провести с ними отпуск», «Я мог бы пригласить их к себе в гости». Завершили этот ряд утверждения с оттенком негативного отношения к бывшим пациентам, лечившимся в психиатрической клинике, разделявшиеся немногими врачами: «Я не стал бы обсуждать с ними важных проблем», «Я не доверил бы им выполнение ответственных заданий», «Я уволился бы, если бы мне пришлось работать с ними вместе», «Я не выпускал бы их на свободу», «Я запретил бы им иметь детей».

Данные изучения симпатической дистанции отражают высокий уровень сопереживания, понимания большинством врачей-психиатров страданий

душевнобольных. Сравнивая данный стереотип поведения со стереотипом большинства людей и медиков-непсихиатров, можно отметить существенные различия. Традиционный (нормативный для общества) стиль взаимоотношений с душевнобольными таков. Большинство обывателей (средних, обычных людей) считает, что нужно ввести запрет иметь детей душевнобольным и даже использовать принудительную стерилизацию. Около 70% людей считают, что льготы, которые имеют душевнобольные в связи с заболеванием, необходимо уменьшить и даже упразднить. В основе их поведения лежит непонимание и страх.

Особые формы поведения (в том числе отклоняющегося), по результатам многочисленных исследований, считаются типичными для *врачей-гинекологов*. Их поведению приписывается отсутствие чувства стыдливости, цинизм, неэмпатичность, маскулинность, что при определенных условиях может быть расценено как девиация поведения.

К девиантным стереотипам поведения политика причисляют авторитарность, лживость, склонность к демагогии, отказ от близких эмоциональных отношений с людьми (отсутствие друзей), трудоголизм, властолюбие, неразборчивость в средствах достижения цели, грубость, склонность к интригам, эмоциональная холодность, повышенная требовательность к себе и окружающим, стрессоустойчивость. Некоторые исследования доказывают роль темпераментальных (психофизиологических) свойств в становлении черт политика, в частности повышенной импульсивности, сниженной эмоциональности (чувствительности), активности (эргичности), особенностях темповых психофизиологических характеристик (в частности, ритме сна и бодрствования, длительности периодов активности и пассивности). Особое значение в психологическом портрете политика придается волевым характеристикам и особенностям функционирования мнестических процессов. К типичным девиациям могут относиться гиперактивность и гипермыезия. Первый феномен характеризуется излишней активностью, которая способна сформировать такие поведенческие девиации, как алкогольное поведение, сверхценные увлечения, связанные с рискованной деятельностью (экстремальные виды спорта, гемблинг), сексуальные девиации. Второй выражается в повышенной способности запоминать и сохранять в памяти огромное количество информации (событий, имен), что в рамках девиации способствует формированию качества злопамятности.

Важное значение в становлении отклоняющегося поведения политического деятеля могут иметь понятия *статусного поведения и Я-концепции*. Статусное поведение определяется стремлением политика соответствовать занимаемой должности, играть роль, что внешне нередко проявляется неестественностью, нарочитостью, склонностью к патетике и театральности. Как правило, самооценка политика оказывается завышенной, именно поэтому в истории человечества нередки описания *диктаторского поведения,* основанного на чувстве собственной уникальности, непревзайденности и преувеличении собственных возможностей, иногда до идей величия и могущества. Если исходить из компенсаторной концепции власти А. Адлера, то в формировании девиаций

поведения политического деятеля следует искать не психофизиологические, а психологические корни — комплекс неполноценности, вызванный детскими психическими травмами.

Стереотипы поведения **педагогов (преподавателей)** базируются на нормативах подобного рода деятельности. К ним относятся строгие требования к внешности (необходимость выглядеть «подобающим образом», консерватизм в одежде), нравственному контролю собственного поведения (необходимость «не посрамить статус педагога»), эстетические требования (аккуратности, опрятности, чистоплотности), а также пунктуальность, педантизм, организованность, обязательность. Специфичной для профессии педагогов поведенческой девиацией считается *сентенционное поведение.* Оно характеризуется склонностью к нравоучениям не только в рамках профессиональной деятельности, но и вне ее (в собственной семье, во взаимоотношениях с родственниками, соседями, в обществе). При этом человек стремится учить всех и вся, склонен к критике и предъявлению советов. Его поведенческий стиль отличается паттернализмом, желанием быть покровителем, оберегать окружающих его людей от неправедных и опасных для них самих поступков.

Помимо сентенционного, для педагогов типична девиация, обозначаемая как *консервативное поведение.* Она нередко сочетается с первой и выражается в шаблонности, неизменности (на протяжении многих лет) стиля внешней самопрезентации (отказе от требований моды), консерватизме мировоззрения, политических взглядов с ориентацией на устойчивые традиции.

К типичным поведенческим девиациям для **профессии военнослужащего** относят т. н. *командное (командирское) поведение.* Оно характеризуется переносом традиций военной дисциплины на взаимоотношения с близким окружением офицера. Отклоняющееся поведение включает повышенную требовательность к себе и окружающим в отношении выполнения обыденных дел. В его основе лежит чрезмерная дисциплинированность, четкое следование распорядку, графику, последовательности деятельности. Данный вид девиации предполагает наличие эпилептоидных черт характера: пунктуальности, склонности к порядку в виде любви к симметрии, чистоте, аккуратности, экономности. Стереотипизация обыденной жизни, *казарменный тип взаимоотношений* нередко приводят к конфликтам в семье. Военнослужащий-девиант в случае нарушения членами семьи заведенного им порядка может реагировать вспышками гнева, становиться раздражительным и несдержанным.

Особые разновидности девиантного поведения выявляются улиц **творческих профессий (художников, писателей, артистов),** относящих себя к узкому кругу людей, называемому «богемой». В отличие от иных, творческие профессии не предполагают стереотипного, регламентированного труда, построены на вдохновении, а не на ремесле. Корпоративные интересы, так же как и в других профессиях, диктуют нормативные особенности поведения, однако следует отметить, что понятие индивидуальной обособленности и уникальности характерно для этой группы в значительно большей степени. В иерархии поведенческих ценностей на первом месте стоят самобытность, нетрадиционность, нетривиальность, эмоциональная насыщенность, артистизм,

изысканность, утонченность, приверженность изменениям моды, избранность (обладание «искрой Божьей»). Вследствие приверженности к перечисленным выше ценностям отклоняющееся поведение человека творческой профессии может носить оттенок *нарциссизма.* В поступках преобладающими становятся «жажда признания», исключительность, самолюбование, сочетаемые с грандиозным чувством собственной значимости, талантливости, одаренности, непревзайденности, а также ревностное отношение к успехам «соратников по цеху» и завистливость.

Одной из разновидностей нарциссического поведения представителей творческих профессий является *рекламное поведение,* заключающееся в стремление демонстрировать и презентовать результаты собственной деятельности в любой ситуации и перед любой аудиторией, не считаясь с интересами, образовательным и культурным уровнем слушателей и зрителей («феномен метания бисера перед свиньями»), склонность к неконструктивной критике деятельности конкурентов.

Характерным для анализируемой профессиональной группы считается девиация, носящая название *снобистского поведения.* Суть его заключается в выражении презрения к манерам, стилю и особенностям поведения других людей. Снобистское поведение характеризуется убежденностью человека в том, что именно его стиль деятельности, результаты творчества являются истинно модными, новыми, уникальными и заслуживающими поощрения. Сноб внешне мало интересуется тем впечатлением, которое могут произвести на окружающих плоды его работы. Однако фактически он чуток к мнению со стороны, в первую очередь его референтной группы, которую он считает уникальной.

Нередко лицам творческих профессий присуще *отклоняющееся поведение, основанное на эзотерическом мировоззрении.* Они склонны в большей степени доверять интуиции, а не разуму, чувствам, а не фактам. Подобное поведение способствует формированию сверхценных увлечений различными нетрадиционными религиозными учениями, экстрасенсорикой, поиском идолов, ритуализацией. Нередко оно сочетается с девиантным поведением в виде «паранойи здоровья» — сверхценного увлечения оздоровительными мероприятиями, гарантирующими «излечение от всех болезней».

Представленность известных клинических форм девиантного поведения у лиц разных профессий имеет свою специфику. Существует точка зрения, что подверженность отклоняющемуся поведению возрастает по мере увеличения в профессиональной деятельности творческого начала. Креативность нередко способствует формированию аддиктивного типа девиантного поведения, поскольку творчество предполагает «жажду острых (новых) ощущений», являющуюся характерной для аддикций. Исходя из этого, можно говорить о том, что подавляющее большинство классических девиантных форм поведения чаще встречается у лиц творческих профессий, а гармоничность и нормативность поведения — у представителей тех профессий, в которых доля творчества минимальна.

Агрессивное отклоняющееся поведение в большей степени присуще военнослужащим, работникам правоохранительных органов, спортсменам. *Аутоаг-*

рессивное поведение в виде склонности к суицидам преобладает у медицинских работников и лиц творческих профессий. К группе риска *злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние,* относят представителей «богемы». *Нарушения пищевого поведения* не носят профессиональной окраски, поскольку, как правило, встречаются у подростков и молодежи. *Сверхценныепсихологическиеипсихопатологическиеувлечения*типичныдлялиц, профессия которых может быть связана с риском или творчеством (художники, писатели, спасатели, бизнесмены). *Коммуникативные девиации* часто наблюдаются у политиков, педагогов, артистов, писателей. *Безнравственное и неэстетичное поведение* связей с профессиональной ориентацией не имеет.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. В профессиональную поведенческую норму включаются все нижеследующие особенности и стереотипы деятельности (стиля), за исключением:
а) стиля профессиональной деятельности;
б) стиля взаимоотношений с партнерами;
в) стиля взаимоотношений с коллегами по работе;
г) стиля взаимоотношений с представителями иных профессий;
д) коммуникативного стиля вне профессиональной среды.

2. Качества несоциализированности, маскулинности, интровертированности, самодостаточности, настойчивости являются характерными для профессии с:
а) практическим родом деятельности;
б) исследовательским родом деятельности;
в) художественным родом деятельности;
г) предпринимательским родом деятельности;
д) традиционным родом деятельности.

3. Наиболее значимым для оценки нормативности и девиантности поведения человека — представителя той или иной профессии считается один из следующих стилей деятельности:
а) стиль профессиональной деятельности;
б) стиль взаимоотношений с партнерами;
в) стиль взаимоотношений с коллегами по работе;
г) стиль взаимоотношений с вышестоящим начальством;
д) коммуникативный стиль вне профессиональной среды.

4. Поведение индивида и осмысление им действительности сквозь призму собственной профессии называется:
а) профессионализмом;
б) профессиональной девиацией;

в) «профессиональным кретинизмом»;
г) «профессиональной деменцией»;
д) профессиональной деформацией.

5. Описаны все нижеперечисленные психологические типы врача, оказывающие влияние на его взаимодействия с пациентом, за исключением:
а) директивного;
б) недирективного;
в) безэмоционального;
г) эмоционально нейтрального;
д) сопереживающего.

6. «Синдром эмоционального выгорания» чаще наблдается у:
а) политиков;
б) артистов;
в) спасателей;
г) врачей;
д) пожарников.

7. Такие поведенческие стереотипы, как отказ от близких эмоциональных отношений с людьми (отсутствие друзей), трудоголизм, грубость, склонность к интригам, эмоциональная холодность, повышенная требовательность к себе и окружающим, стрессоустойчивость, наиболее характерны для:
а) политиков;
б) артистов;
в) спасателей;
г) врачей;
д) пожарников.

8. Поведение, характеризующееся склонностью к нравоучениям не только в рамках профессиональной деятельности, но и вне ее (в собственной семье, во взаимоотношениях с родственниками, соседями, в обществе), называется:
а) диктаторским;
б) родительским;
в) учительским;
г) паттерналистским;
д) сентенционным.

9. Сентенционное поведение чаще наблюдается у:
а) политиков;
б) педагогов;
в) представителей творческих профессий;
г) военных;
д) ни один из ответов не верен.

8 Зак. 4226

10. Статусное поведение наиболее характерно для:
а) политиков;
б) ученых;
в) врачей;
г) учителей;
д) военных.

11. Стремление демонстрировать и презентовать результаты собственной деятельности в любой ситуации и перед любой аудиторией, не считаясь с интересами, образовательным и культурным уровнем слушателей и зрителей, в сочетании со склонностью к неконструктивной критике деятельности конкурентов называется:
а) нарциссическим поведением;
б) истерическим поведением;
в) рекламным поведением;
г) ипохондрическим поведением;
д) нарочитым поведением.

12. Поведение, сутью которого является выражение презрения к манерам, стилю и особенностям поведения других людей, называется:
а) нарциссическим поведением;
б) истерическим поведением;
в) рекламным поведением;
г) снобистским поведением;
д) психопатическим поведением.

Рекомендуемая литература

1. *Абрамова Г.* С, *Юдчии, Ю. А.* Психология в медицине. М., 1998.
2. *Агеев В. С.* Межгрупповое взаимодействие. М., 1990.
3. *Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю.* Психология жизненных ситуаций. М., 1998.
4. *Гиндикин В. Я., Гурьева В. А.* Личностная патология. М., 1999.
5. *Гозман Л. Я., Шестопал Е. Б.* Политическая психология. Ростов-на-Дону, 1996.
6. *Либин А. В.* Дифференциальная психология. М., 1999.
7. *Ташлыков В. А.* Психология лечебного процесса. Л., 1984.
8. *Урываев В. А.* Актуальные проблемы психологии в практической медицине. Ярославль, 1998.

Глава 8

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У СОМАТИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Возникновение и формирование различных типов и клинических форм отклоняющегося поведения, как правило, не зависят от состояния человека. Они появляются у психически и физически здоровых людей по многим причинам, лежащим в плоскости психологии личности и отношений индивида. На базе психического нездоровья (расстройств или патологических состояний) возможно формирование психопатологического или патохарактерологического типов девиантного поведения. В подобных случаях главенствующую роль начинает играть фактор патологии психической деятельности, расстройства познавательных процессов. В случаях же хронической соматической патологии и заболеваний девиантные формы поведения человека следует рассматривать как формы психического реагирования, которые с течением времени и при сохранении симптомов болезни преобразуют личность или блокируют личностное развитие, проводя к ее своеобразной деформации.

Клиническое многообразие проявлений девиаций поведения у хронически больных связано с влиянием самой болезни, а также с сопутствующими любому заболеванию факторами. Болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента сферы жизнедеятельности. Можно выделить следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней:

1) вероятность летального исхода;
2) вероятность инвалидизации и хронификации;
3) болевая характеристика болезни;
4) необходимость радикального или паллиативного лечения;
5) влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения;
6) социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме;
7) влияние болезни на семейную и сексуальную сферы;
8) влияние болезни на сферу развлечений и интересов.

Вероятность летального (смертельного) исхода — одна из наиболее психотравмирующих характеристик болезни. Она способна существенно менять личностное отношение к экзистенциальным проблемам и влиять на поведение человека. Известно, что смерть, непрерывно проникая в пределы жизни, оказывает огромное влияние на опыт и поведение человека (И. Ялом). Проблема смерти считается одной из основнополагающих экзистенциальных проблем человека. С возникновением хронического заболевания с высокой вероятностью летального исхода приходит осознание того факта, что «никто не может умереть вместо нас», и появляется страх личного исчезновения. В преодолении этого глубинного и базисного страха наблюдаются две поведенческие тактики, каждая из которых нацелена на нейтрализацию и неосознаваемое отрицание факта возможной смерти: *тактика исключительности,* реализующаяся в иррациональной убежденности в том, что «этого (смерти) не может произойти со мной, поскольку я...» (далее следует набор причин, объясняющих, почему этого не может произойти, например «потому, что я всю жизнь придерживался диеты») и *тактика веры в конечного спасителя,* характеризующаяся верой в то, что «найдется кто-то, кто не позволит умереть» (божественная сила, врачи и пр.). Девиантной формой поведения при первой тактике может стать **трудоголизм (эргопатическое поведение),** направленный на то, чтобы максимально заполнить свободное время какой-либо деятельностью и избавить себя от размышлений о возможной смерти. Другими разновидностями отклоняющегося поведения в рамках тактики «исключительности» при столкновении с проблемой возможной смерти являются **нарциссическое и агрессивное поведение (И.** Ялом). На базе тактики «веры в конечного спасителя» нередко формируется повышенная религиозность хронически больных.

Вероятность инвалидизации и хронификации оказывает психотравмирующее влияние в силу, с одной стороны, значимости для человека возможности сохранения или утраты работоспособности по причине длительной болезни, **с** другой — возможности приобщения к негативному социально-психологическому статусу инвалида.

Болевая характеристика болезни оказывает влияние на поведение, основываясь на психофизиологическом параметре — уровне тактильной и болевой чувствительности. Плохая переносимость боли способна вызвать **агрессивное и аутоагрессивное отклоняющееся поведение.**

Психотравмирующая характеристика параметра *необходимости радикального или паллиативного лечения* базируется как на страхе смерти во время оперативного вмешательства, так и на непереносимости боли, которая ассоциируется у пациента с проведением и последствиями операции.

Такие параметры, как *влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения, социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме, влияние болезни на семейную и сексуальную сферы, на сферу развлечений и интересов,* демонстрируют отношение человека **к** возможной длительной изоляции, ограничению традиционного круга общения и поведения. Его вынужденное **аутистическое поведение** может вызвать агрессию и аутоагрессию.

Можно выделить тринадцать разновидностей девиантного поведения пациента, возникающегося в условиях его хронического соматического заболевания. Они базируются на известных типах психологического реагирования на заболевания (А. Е. Личко, Н. Я. Иванов). Типы объединены в блоки. Первый блок включает типы отношения к болезни и поведения, при которых *социальная адаптация существенно не нарушается:* гармоничный, эргопатический и анозогнозический. Во второй и третий блоки включаются типы поведения, характеризующиеся наличием *психической дезадаптации* в связи с заболеванием. При этом второй блок включает типы реагирования преимущественно с *интрапсихинеской направленностью* (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический). Эмоционально-аффективная сфера отношений у больных с этими типами поведения клинически проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляции» перед заболеванием и т. п. В третий блок входят поведенческие типы с *интерпсихической направленностью.* Этот блок включает типы с таким сенсибилизированным отношением к болезни, которое в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности больных: сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный идисфорический. Больные с этими типами отношения к болезни при различных эмоционально-аффективных реакциях на болезнь также характеризуются дезадаптивным поведением, приводящим к нарушению их социального функционирования (Э. Б. Карпова).

Отношение к болезни, обладая всеми характеристиками, присущими психологическим отношениям, содержит в себе *когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты* (Л. И. Вассерман). Когнитивный включает знание о болезни, ее осознание, понимание ее роли и влияния на жизненное функционирование больного, предполагаемый прогноз; эмоциональный — ощущение и переживание болезни и всей ситуации, с ней связанной; поведенческий — связанные с болезнью реакции и стереотипы, способствующие адаптации или дезадаптации к ней и выработке определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.).

Нормативное поведение пациента, страдающего каким-либо хроническим соматическим заболеванием, называется *гармоничным* и включает в себя некоторые специфически особенности. К ним относятся: трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни, стремление во всем активно содействовать успеху лечения, а также нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации нормативным считается переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе — сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.

Для гармоничного поведения характерен *реализм* в восприятии симптомов и понимании тяжести заболевания. При этом пациент опирается в своих реакциях и поведении на известные науке (медицине) факты о возможности излечения от конкретной болезни, о происхождении симптомов и пр. *Активности* человека при девиантных формах поведения противостоит пассивность, при которой пациент как бы «вручает себя медицинскому работнику», не прилагая собственных усилий для оздоровления. Пациент при пассивном отношении расценивает свой организм как аппарат, машину, технический механизм, вещь, которую он сдает в ремонт, и пассивно ожидает возврата вещи «как новенькой». Несомненно значимым является и *нежелание заболевшего обременять других тяготами ухода за собой,* что вытекает из принципиальных положений гармоничного характера и личности. Гармоничный пациент понимает, что с его болезнью близкие ему люди обрели новую, дополнительную заботу. Он, как гармоничный человек, не вправе требовать от них этой заботы. Он может лишь ожидать ее и принимать в том объеме, в котором они готовы ее предоставить.

Девиантное тревожное поведение характеризуется непрерывным беспокойством и мнительностью пациента в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Он склонен настойчиво искать новые способы лечения, жаждет дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, находится в непрерывном поиске «авторитетов». В отличие от ипохондрии, такого пациента более интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому он предпочитает больше слушать высказывания других, чем предъявлять свои жалобы. Настроение характеризуется тревогой, угнетенностью. Тревожное девиантное поведение — одно из наиболее распространенных. Оно базируется на возникающей в связи с заболеванием тревоге и изменении обыденного течения жизни. Тревога проецируется в будущее и часто вызвана опасениями, что болезнь надолго и существенно изменит привычный стереотип жизни. Проявлением тревоги может быть повышенный интерес пациента к медицинской литературе, придирчивость к медицинскому персоналу, нацеленность на перепроверку получаемых от врачей сведений о его болезни.

Ипохондрическое поведение у хронически больного выражается в сосредоточении внимания на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, стремлении постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе отмечается преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий, преувеличение побочного действия лекарств. Кроме того, желание лечиться и неверие в успех, требования тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур нередко сочетаются. Пациент с ипохондрическим поведением склонен к эгоцентризму. Он не способен сдержаться при беседе с любым человеком и обращает внимание собеседника на необычность и тяжесть имеющихся у него болезненных признаков. Ипохондрик испытывает облегчение, если собеседник относится к нему

участливо и сочувственно. При данной форме отклоняющегося поведения формируется склонность к детализации описания своего самочувствия при обращении к врачам или иным слушателям. Мотивом подробного изложения жалоб является страх ипохондрика упустить что-то важное, существенное для понимания специалистом его состояния и правильной диагностики. Негативную реакцию ипохондрика вызывает недоверие к его жалобам со стороны окружающих, их упреки в симуляции и преувеличении тяжести расстройства с целью извлечь из этого выгоду.

При **меланхолическом девиантном поведении** появляется удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания нередко способствуют формированию **суицидального поведения,** пессимистического взгляда на все вокруг, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Меланхолическое поведение нередко обусловлено имеющейся у пациента негативной информацией о возможности излечения от недуга. Нередко оно встречается у медицинских работников в силу их многообразных знаний, полученных в процессе обучения и практической деятельности, Нацеленность на худший исход, неспособность видеть и использовать механизмы саногенеза приводят к пессимистической оценке будущего, неверию в возможность излечения и суицидальным намерениям.

Апатическое девиантное поведение выражается в полном безразличии к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения, в пассивном подчинении процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Наряду с этим, наблюдается утрата интереса ко всему, что ранее волновало. У пациента пропадает интерес и активность в отношении всех сторон жизни, за исключением здоровья.

Наиболее часто у хронически больных можно отметить **неврастеническое,** или **дисфорическое девиантное поведение.** Оно характеризуется поведением по типу «раздражительной слабости», когда при болях и неприятных ощущениях, при неудачах лечения и неблагоприятных данных обследования имеют место вспышки гнева и раздражения. Оно нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и слезами. Типичным становится непереносимость болевых ощущений, нетерпеливость, неспособность ждать облегчения. Раздражительность — основополагающая характеристика данного поведения — захватывает как физические явления (яркий свет, громкие звуки, резкие запахи), так и отношение окружающих. Пациент становится капризным, требовательным. Он ищет ласки, участия, успокоения. Склонен к вспышкам гнева, если его ожидания в отношении поведения окружающих не оправдываются («Вы специально шумите, хотите меня в могилу свести», «Вам безразлична судьба мамы»).

Обсессивно-фобическое девиантное поведение имеет некоторое сходство **с** тревожным и выражается в тревожной мнительности, опасениях не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют такого девианта более,

чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. При обсессивно-фобическом поведении доминирующими становятся *навязчивые мысли, опасения и, особенно, ритуалы.* Пациент становится суеверным. Он придает особое значение мелочам, которые превращаются для него в своеобразные символы (например, расценивает шансы своего излечения в зависимости оттого, в каком порядке войдут в его палату врач и медицинская сестра; от того, троллейбус какого маршрута подойдет к остановке раньше).

Сенситивное девиантное поведение у хронически больного проявляется чрезмерной озабоченностью возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о его болезни. Доминирующими становятся опасения, что окружающие станут избегать его, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятную информацию о причине и природе болезни. Кроме того, может наблюдаться боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Основой сенситивного отношения к болезни является рефлексивный стиль мышления, ориентация на мнение и оценку окружающих. В связи с этим существенным становятся не собственные болезненные или неприятные ощущения вследствие болезни, а реакция на информацию о болезни со стороны референтной группы. Такие пациенты склонны к извиняющемуся стилю поведения. Они нередко в ущерб своему здоровью стесняются обращаться к врачу или медицинской сестре («Зачем их отвлекать по пустякам») даже в случаях угрожающего для жизни состояния. Отмечается робость, застенчивость, повышенная скромность таких пациентов.

Одной из типичных разновидностей девиантного поведения у хронически больных считается **эгоцентрическое поведение.** Оно характеризуется комплексом *«ухода (бегства) в болезнь»* и проявляется выставлением напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Отмечаются требования исключительной заботы (все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном). Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, пациенты видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Наблюдается постоянное желание показать свое особое положение, свою исключительность в отношении болезни. Эгоцентрическое поведение иногда обозначают как истерическое, поскольку основным мотивом поведения человека становится привлечение к собственной персоне внимания окружающих. «Бегство в болезнь» нередко используется ими для упреков и шантажа. Жалобы описываются очень красочно и сопровождаются манерной жестикуляцией и выраженной мимикой. Эмоции пациента носят гротескный характер.

Эйфорическое поведение носит явно неадекватный характер, проявляясь в необоснованном повышении настроения, наигранности, пренебрежении и легкомысленном отношении к болезни и лечению. Пациент склонен надеяться на то, что «само собой все обойдется». Он желает получать от жизни все, несмотря на болезнь, в связи с чем склонен легко нарушать предписан-

ный режим, понимая, что нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни. Эйфорическое поведение отражает беспечность человека в отношении собственного здоровья. Он становится наигранно весел, болтлив, суетлив. Подобное поведение может носить защитный характер или отражать характерологические особенности человека.

Нередко у хронически больного человека формируется **анозогнозическое поведение.** Такой пациент склонен отрицать наличие болезни или признаков ухудшения состояния, активно отбрасывает мысли о болезни, о возможных ее последствиях, часто отказывается признать себя больным. Он отрицает очевидные проявления болезни, приписывает их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Опасным является отказ от обследования и лечения, стремление «обойтись своими средствами». Непризнание себя больным и отрицание наличия у себя симптомов болезни (анозогнозия) встречаются довольно часто. С одной стороны, они могут отражать внутреннее неприятие статуса больного, нежелание считаться с реальным положением вещей, с другой — заблуждение человека по поводу значимости признаков болезни. Активное непризнание себя больным встречается, например, при алкоголизме, поскольку способствует уклонению от лечения.

Для **эргопатического поведения (трудоголизма)** типичен *«синдром ухода (бегства) от болезни в работу»*. Даже при явных и выраженных симптомах болезни, длительных страданиях пациенты стараются во что бы то ни стало продолжать работу. Они трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, отдают работе все время, стараются лечиться и подвергаться обследованиям так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы. Некоторые пациенты расценивают любой недуг сквозь призму вызова своему «Я». Поэтому они стараются не поддаваться болезни, активно борются с самим собой, преодолевают недомогание и боли. Их позиция заключена в том, что нет такого заболевания, которое нельзя было бы преодолеть своими силами. При этом такие пациенты часто являются принципиальными противниками лекарств («Я за свою жизнь ни разу анальгетиков не принимал», — с гордостью говорят они).

Паранойяльное девиантное поведение у хронически больных базируется на убежденности в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Типичным для них становится крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала, склонность обвинять и требовать наказаний в связи с этим. Паранойяльное (в данном контексте — бредоподобное) поведение отражает мировоззренческую позицию заболевшего, усматривающего тайный смысл его болезни и причин ее возникновения. Оно возникает преимущественно на базе личностных особенностей. Нередко при паранойяльном поведении имеет место поведение, базирующееся на мистическом и мифологическом осмыслении действительности. Подобное поведение правильнее обозначать как **примитивное поведение** (по Л. С. Выготскому и А. Р. Лурия). Оно характеризуется приданием магического значения происходящим событиям.

В рамках примитивного поведения хронически больного выделяется несколько его мировоззренческих установок в отношении происхождения заболеваний, отражающихся на стереотипах поведения пациентов:

О болезнь как кара;
• болезнь как испытание;
О болезнь как назидание другим;
О болезнь как расплата за грехи предков.

Все перечисленные трактовки происхождения болезней основаны на вере в связь между поведением человека, его нравственностью и возникновением у него недуга. При этом подчеркивается пассивная роль индивида. Он не способен противостоять болезни, за исключением возможности кардинально изменить свое поведение, искупить вину и замолить грехи.

В другую группу мировоззренческих установок входят представления о том, что болезни вызваны наследственными или средовыми причинами:

• болезнь как неизбежность;
• болезнь как стечение обстоятельств;
• болезнь как собственная ошибка.

В рамках этого мировоззрения все процессы (в том числе и происхождение болезней) рассматриваются сквозь призму внешней или внутренней заданности. Многие люди убеждены в том, что «дурная наследственность» — это фатальный фактор в генезе заболеваний. Все, что происходит с человеком, трактуется представителями этой позиции, исходя из наследственно-конституционального принципа причинности («И твой отец так хромал», «Вся в мать — дальнозоркая»). Противоположная тенденция — полностью отрицать значение наследственности и рассматривать возникновение болезни, основываясь на внешних факторах и поведении человека («Говорила тебе, не жуй жвачку — вот и заболел СПИДом»). Обе представленные позиции отражают обывательские представления и являются крайне стойкими и консервативными. Позиция «Сам виноват» обычно связана со специфичностью «локуса контроля» человека.

Третья мировоззренческая платформа оценки механизмов происхождения заболеваний базируется на мистическом подходе к процессам этиопатогенеза:

• болезнь вследствие зависти;
О болезнь вследствие ревности.

В рамках подобного подхода источники болезней видятся в предвзятом отношении близкого окружения (соседей, знакомых, родственников, сослуживцев) к человеку. Процесс возникновения болезней рассматривается как экстраполяция «негативной энергии» ревнующего или завидующего на реципиента.

Таким образом, в рамках примитивного поведения у хронически больных можно отметить широкое распространение мистического истолкования происхождения их болезней, отсутствие у многих пациентов научного подхода к

анализу причин заболевания. Кособенностям подобного поведения относится и устойчивая вера в *околомедицинские суеверия.* Спектр их широк и включает мистическое (иррациональное) истолкование истоков их болезни («сглазили», «навели порчу», «подействовал энергетический вампир» и т. д.). Мистическая концепция болезни носит характер убежденности, пациент не способен критически оценивать свои высказывания и требует от врача не лечения, а «снятия порчи» и прочих мистических манипуляций.

К особым формам девиантного поведения в сфере медицины относят аггравационное и симулятивное поведения. **Аггравационное поведение** базируется на преувеличении действительно существующих расстройств, а **симулятивное поведение** возникает вне каких-либо болезненных симптомов и носит отчетливый рентный характер.

Отклоняющееся поведение хронически больных имеет специфические особенности при патологии различных органов и систем. В главе 5 были представлены тендерные варианты девиантного поведения, в частности отклоняющееся поведение женщин в период беременности, климакса, в предменструальном периоде и при бесплодии. Ниже приводится описание девиаций больных с хроническими заболеваниями терапевтического, хирургического профиля, сопровождающихся физическими дефектами. Учитывая особую психотравмирующую значимость онкологической патологии и поведенческих стереотипов при ней, данная группа освещена отдельно. Основное различие терапевтической и хирургической патологии с точки зрения психологического отношения к ним и формирования девиантных форм поведения заключено в характере протекания болезненных процессов — при терапевтической существенным становится параметр длительности (хроничности), при хирургической — операционный стресс.

Онкологический процесс выступает для психической деятельности в двух важных аспектах. С одной стороны (психогенной), диагноз заболевания, традиционно причисляемого к группе неизлечимых и, как следствие, повышенно значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. С другой стороны (соматогенной), онкологическая патология может рассматриваться как крайний, один из наиболее тяжелых в соматическом плане фактор, с комплексом психической и физической астении, истощением, существенно влияющим на психическую деятельность и формирующим соматогенные психические расстройства. К тому же, если онкологический процесс локализуется в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах, то велик риск развития так называемого психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями.

Выделяется пять фаз реагирования на злокачественные новообразования и рак (Кублер-Росс).

Фаза 1 *(анозогнозическая)* наступает вслед за первым предположением о наличии у пациента злокачественного новообразования. Она характеризуется отрицанием наличия онкологической патологии, преуменьшением тяже-

сти своего состояния, *анозогнозией,* убежденностью, что поставленный диагноз ошибочен.

Фаза 2 *(дисфорическая)* наступает после подтверждения диагноза и сопровождается бурным протестом, дисфорией, склонностью совершать какие-либо агрессивные действия в отношении окружающих или себя (например, суицидальные).

Фаза 3 *(аутосуггестивная)* характеризуется принятием факта обнаружения у пациента злокачественного процесса и необходимости длительного и интенсивного лечения в сочетании с «ведением торга» — «главное, чтобы не было болей».

Фаза 4 *(депрессивная)* наступает после длительного периода терапии и выражается в постепенной утрате надежды на выздоровление, возникновении пессимизма, подавленности и пассивности.

Фаза 5 *(апатическая)* наступает на последних этапах заболевания, выражается в «примирении» больного с судьбой, принятии любого исхода и сопровождается безразличным отношением ко всем внешним и внутренним процессам.

Оперативные (хирургические) вмешательства в онкологической практике являются одним из основных этапов терапии, вследствие этого они выступают дополнительным фактором, влияющим на психопатологическое симптомо- и синдромообразование и формообразование поведенческих девиаций. В комплексе оперативного вмешательства существенную роль для психики могут играть как сопутствующие ему анестезиологические манипуляции и возможность непосредственного патогенного воздействия на деятельность мозга, так и психологическая значимость радикальных хирургических операций с удалением органа или формированием определенного косметического дефекта.

Вследствие констелляции перечисленных патогенных для психики факторов у онкологически больных резко возрастает риск суицидальных тенденций **(суицидального поведения).** Количество суицидальных попыток при онкологических заболеваниях значительно превышает подобный показатель при иных соматических заболеваниях. Этот факт лишний раз указывает на то, что, во-первых, существуют некоторые отличительные особенности психических переживаний при онкологических заболеваниях, во-вторых, ни одно из существующих заболеваний не несет в себе столь мощной стрессирующей нагрузки, как злокачественная опухоль.

Частота и выраженность поведенческих реакций на онкологическую патологию зависят во многом от локализации и характера болезненного процесса, наличия метастазов и некоторых других факторов (А. В. Гнездилов). Однако не только локализация и характер онкологического заболевания влияют на частоту появления психических нарушений. Немаловажную роль играют такие факторы, как особенности характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием, наличие в преморбиде акцентуированных черт характера (Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов).

Клинико-психологические особенности и поведенческие паттерны при онкологической патологии зависят от этапа основного заболевания. Выделя-

ют, как правило, следующие этапы: *поликлинический (диагностический), этап «поступлениявклинику», предоперационный (предлечебный), послеоперационный, этап выписки и катамнестический* (Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов).

Феноменологически клинические параметры представлены в следующем виде. Для *поликлинического (диагностического)* этапа, начинающегося с первых контактов больного с онкологической службой, а часто с направления пациента врачами к онкологам для осмотра и решения вопроса о необходимости госпитализации и оперативного лечения, характерным считается тревожно-депрессивный синдром (тревожное поведение). По данным Е. Ф. Бажина и А. В. Гнездилова, его частота составляет 56%. При этом типичным является общее беспокойство, выраженная тревога, иногда достигающая степени страха, ощущение полнейшей безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. У тех пациентов, преморбид которых отличается чертами стеничности и активности, в клинической картине обычно преобладают тревога и страх, в то время как у пассивных, астеничных субъектов на первый план выступает депрессивная симптоматика. Второе место по частоте возникновения на «диагностическом» этапе принадлежит психогении, выражающейся в развитии дисфорического синдрома, который проявляется в тоскливо-злобном настроении. Больные становятся мрачными, раздражительными, иногда без малейшего повода наблюдаются вспышки ярости, гнева, злобы, которые могут сопровождаться агрессией, направленной на ближайшее окружение (семью, сотрудников по работе, а также медицинский персонал). Зачастую за таким фасадом злобы и агрессии скрываются тревога и страх. Дисфорическое поведение обычно развивается у лиц, преморбид которых характеризовался чертами возбудимости, взрывчатости, безудержности. Третье место по частоте возникновения принадлежит тревожно-ипохондрической и астено-ипохондрической симптоматике. Первые из этих реакций характеризуются тревожным напряжением с постоянной фиксацией внимания на самочувствии, в особенности на ощущениях. Больные все время ищут и «находят» особые «неполадки» в организме, обычно ссылаясь при этом на какие-то неотчетливые, неопределенные ощущения, которые ими интерпретируются как катастрофически быстрое распространение опухоли по всему телу, безнадежная запоздалость диагностики и т. п.

На следующем этапе — *«поступления в клинику»* — происходит некоторое снижение тяжести (интенсивности) переживаний. Это в значительной мере связано с построением компенсаторной системы психологической защиты типа: «Я болен, возможно, у меня даже рак, но теперь я нахожусь в специальной больнице под наблюдением квалифицированных врачей, которые сделают все, чтобы мне помочь». На этом этапе преобладающей является тревожно-депрессивная, дисфорическая, тревожно-ипохондрическая, обсессивно-фобическая симптоматика.

Резкий подъем интенсивности психогенных переживаний отмечается на следующем этапе — *предоперационном (предлечебном).* В рамках тревожно-депрессивного синдрома преобладающим становится страх возможной гибели

в процессе операции. Кроме того, некоторые авторы (Е. Ф. Бажин, А. В. Гнездилов) выявляли на этом этапе параноидные расстройства в виде «бредоподобных идей преследования и отношения».

На четвертом этапе — *«послеоперационном»* — резко снижается степень выраженности всех отрицательных переживаний больного и происходит своеобразное «психологическое облегчение», а преобладающим психопатологическим синдромом становится астеноипохондрический.

Этап выписки из стационара не имеет специфических психопатологических феноменов, а на *катамнестическом этапе* около двух третей пациентов имеют особые нарушения психического состояния и поведенческие отклонения. Внешне они проявляются как стремление к самоизоляции **(аутистическое поведение).** Отношение к привычным и любимым прежде развлечениям становится резко негативным. Попытки состороны близких людей как-то «расшевелить» больного, как правило, не имеют никакого успеха. Особенно отрицательное отношение вызывают те ситуации, которые связаны с сильными эмоциональными переживаниями. Утрачивается интерес и к внутрисемейным делам. В переживаниях больного постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и с его последствиями — инвалидизацией, утратой привлекательности и т. п. Особенно болезненны переживания, относящиеся к интимной сфере.

Семейная поддержка — важнейший и принципиальный фактор в приспособительном поведении больных с онкологической патологией. Роль семейных взаимоотношений возрастает в случаях возникновения у онкологически больных психологических проблем и психических расстройств. Купирование психопатологических симптомов и синдромов и адаптация больных к новому для них статусу онкологически больного эффективнее проходит в семьях, строящихся по принципу сплоченности. Причем лица, получающие химиотерапию, нуждаются в «более теплом отношении в семьях» по сравнению с пациентами, перенесшими оперативное вмешательство по поводу опухолей. При мастэктомии для женщин существенное значение имеет психологическая помощь со стороны мужа. Отмечена значимость сексуально-эстетического фактора, способного вызывать неадекватные реакции мужа и провоцировать формирование психогенных психических нарушений. Однако роль мужа оказывается зачастую существенной лишь в качестве подтверждения негативных экспектаций больных, основанных на рефлексивном стиле мышления, присущем онкологическим больным, который основывается на изменениях самооценки в связи с заболеванием.

Из социально-психологических факторов, влияющих на выраженность психических переживаний и становление девиантных форм поведения при онкологической патологии, важным является *«синдром изоляции»,* а также характерологический преморбид. По мнению Е. Ф. Бажина и А. В. Гнездилова, среди онкологических больных могут быть выделены несколько основных групп по характерологическим параметрам. Группа «синтонных» лиц отличается в преморбиде такими чертами, как сердечность, общительность, с преобладанием в преморбиде эмоциональных черт. Для них при заболевании ра-

ком характерны относительно адекватные формы психогений — астенодепрессивные и астеноипохондрические реакции, которые, как правило, не достигают значительной степени выраженности и относительно нестойки. Эти больные весьма чувствительны к психотерапевтическому вмешательству и сравнительно легко адаптируются. Психогенные реакции пациентов, у которых в преморбиде отмечаются «циклоидные» черты, сходны с реакциями синтонных, отличаясь лишь глубиной и стойкостью. Группа «шизоидных» больных характеризуется чертами замкнутости, отгороженности, сдержанности, преобладанием интеллектуализированных интересов. При развитии у них психогенных реакций отмечается склонность к образованию сверхценных и бредоподобных идей, аутизации, самоизоляции, суицидальных тенденций. Группе «возбудимых» в преморбиде присущи вспыльчивость, взрывчатость, импульсивность, торпидность, вязкость, мелочность и педантичность. В условиях хронической болезни такие пациенты могут давать реакции в виде раздражительности, озлобленности, вплоть до агрессии. Больные с преморбидными «истероидными» чертами реагируют на болезнь, как правило, деперсонализационно-дереализационными симптомами, а тревожно-мнительные — обсессивно-фобическими.

Примерно треть злокачественных новообразований у женщин локализуется в гениталиях, а рак шейки матки является наиболее частым видом злокачественных опухолей женской половой сферы. К тому же доброкачественные опухоли гениталий значительно увеличивают число онкогинекологических больных. По данным Т. Ю. Мариловой, психогенные реакции чаще наблюдаются у женщин, страдавших в прошлом неврозами, вегетативной неустойчивостью. Наряду с тревожно-депрессивным синдромом, пониженным фоном настроения, главной психической травмой оказывается чувство утраты женственности и боязнь распада семьи. У молодых женщин доминирует страх потери детородной функции.

Заболевание раком молочной железы сопровождается тяжелым психологическим стрессом. У таких больных возникает чувство потери женственности и как следствие — неполноценности и ущербности. Больная ощущает угрозу для жизни, страх перед возможной социальной изоляцией и распадом семьи. Перед каждой такой больной встает задача приспособления к новой жизненной ситуации и формирования адекватного отношения к собственной личности и своему здоровью. Исследование особенностей мотивационной сферы у больных раком молочной железы — как в пред- и послеоперационный периоды, так и в отдаленные сроки, спустя 3-5 лет — позволило Т. Ю. Мариловой выявить следующие психологические особенности этого контингента больных:

1. Заболевание раком молочной железы, создающее кризисную ситуацию для личности, приводит к изменению жизненной позиции, трансформирующей ее мотивационную сферу. На диагностическом этапе, когда преобладает позиция обреченности, основным смыслообразующим мотивом является мотив выживания. Формируются и дополнительные, соответствующие этому мотиву цели действий и поступков больных («завершение дел», «устрой-

ство детей»). На предоперационном этапе доминирует мотив сохранения здоровья, выживания. После операции мотив сохранения здоровья становится ведущим. При этом он приобретает новый личностный смысл — социального выживания. На отдаленных этапах лечения, определяясь с установкой на самоутверждение, основным смыслообразуюшим мотивом становится мотив социального становления.

2. Осознание больными заболевания и его последствий опосредуется отношением к ним ближайшего социального окружения. Неадекватное отношение формирует тенденцию к разрыву социальных связей, контактов, «уходу в болезнь».

3. Соответственно изменениям объективной позиции личности в системе социального окружения происходит изменение смысловых образований и ценностей ориентации больных.

По данным американских врачей, гистерэктомия — одна из самых часто проводимых в США глобальных операций. В Великобритании этот показатель в два раза меньше. Причем предполагается, что от 40 до 60% женщин могут быть подвержены в течение жизни этому оперативному мероприятию. Главный интерес психологов заключался в долго подчеркиваемой связи гистерэктомии с неблагоприятными психологическими последствиями. Подчеркивается как символическая важность матки для женской самоконцепции женственности, так и связь между преморбидными психологическими девиациями и гистерэктомией.

Выделяются следующие психосоциальные параметры, влияющие на психику женщин, перенесших радикальные онкогинекологические операции: символическое значение матки и отношение к ее полному удалению, понимание характера операции, понимание результатов операции как лечебного мероприятия при онкологическом заболевании, изменение сексуального и эстетического статуса, отношение к стерильности и в связи с этим отношение к родственникам и мужу, а также экспектация их отношения к больной, понимание необходимости дальнейшей гормональной терапии и пр.

Существенную роль играют сексуальные расстройства при опухолях половой сферы и после радикальных операций. Особо выделяются такие сексуальные девиации, как **аноргазмическое поведение,** возникающие в силу некоторых патофизиологических и психологических механизмов — сухости влагалища, явлений уретрита вследствие атрофии и других расстройств в урогенитальной области.

У значительного числа онкологически больных на различных этапах болезни высоко вероятно формирование **тревожного и обсессивно-фобического девиантного поведения.** Нередко можно обнаружить уникальное психическое состояние, суть которого заключается в том, что у пациентов, которые страшатся рака, в действительности обнаружен злокачественный характер онкологического процесса. То есть диагностике канцерофобии противоречит верификация рака. Традиционная дефиниция психиатрического термина («навязчивый страх заболеть раком») требует основываться на объективизации патологии («рака быть не должно»). Однако клинические наблюдения и ана-

лиз случаев позволяют пересмотреть существующее положение. Значимым оказывается тот факт, что в силу традиций пациентки, как правило, не осведомлены об истинном характере их заболевания. Следовательно, для них сохраняет актуальность тема вероятности возникновения рака. В клинической картине заболевания преобладают навязчивые страхи о том, что врачи не до конца выявили причины и характер онкологической патологии и вследствие этого неэффективно провели операцию. При усилении страхов больные неоднократно обращаются к онкологам с просьбой повторить исследования, перепроверить врачебные заключения других специалистов. В домашних условиях они постоянно вербализовывают свои страхи при обсуждении с родственниками, находят подтверждения своим догадкам в их реакциях. Учитывая, что часть родственников также не посвящена врачами в тайну диагноза, некоторые из больных направляются по настоянию родственников и близких к психиатру. В тех же случаях, когда родные и близкие знают об истинном диагнозе, нередко в моменты, когда пациенты требуют сообщить им истинный диагноз, родственники в сердцах раскрывают тайну. Однако у больных лишь на короткий промежуток времени возникает депрессивная реакция и исчезают фобии в ответ на высказывания родственников. После этого они вновь возобновляются, поскольку воспринимаются пациентами не как предоставление истинной информации, но как оскорбление. Тревожно-фобическая симптоматика оказывается стойкой и терапевтически резистентной. Такой психопатологический феномен назван нами *«канцерофобией у больных созлокачественыминовообразованиями»*.

Заболевания, относимые к терапевтической группе, объединяют большой круг соматической патологии. Наиболее известными соматическими заболеваниями, связанными с психологическим воздействием и проявляющимися, помимо соматического, поведенческими феноменами, являются гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, ишемическая болезнь сердца и некоторые другие.

Ситуация *хронического соматического заболевания* описывается В. В. Николаевой как провоцирующая кризис психического развития в целом, и развития личности, в частности. Изменения личности при тяжелых соматических заболеваниях рассматриваются как новообразования, возникающие в период кризиса развития. Объективная ситуация тяжелого, опасного соматического заболевания, отрыв от привычного социального окружения, возможность «калечащей операции», инвалидность приводят к изменению объективного положения человека в социальной среде (Л. И. Божович). Суть патогенного воздействия болезни наличность заключается в том, что массивная и длительная интоксикация, нарушение обменных процессов, истощение приводят к изменению протекания психических процессов, к снижению операционально-технических возможностей пациентов (В. В. Николаева). Центральным психологическим механизмом личностных изменений в условиях хронической соматической болезни выступает перестройка иерархии мотивов по типу их переподчинения новому главному смыслообразующему мотиву — сохранения жизни и восстановления здоровья, названному А. Ш. Тхостовым «сдвигом цели на мотив».

Описан ряд критериев, по которым личность больного при хроническом и длительном течении заболевания считается измененной (В. В. Николаева):

1) изменение содержания ведущего мотива деятельности (формирование нового мотива ведущей деятельности — например, патологической деятельности голодания при анорексии);
2) замена содержания ведущего мотива содержанием более низкого порядка (например, мотивом «самообслуживания» при ипохондрии);
3) снижение уровня опосредованности деятельности (деятельность упрощается, целевая ее структура обедняется);
4) сужение основного круга отношений человека с миром, то есть сужение интересов, обеднение мотивационной сферы;
5) нарушение степени критичности и самоконтроля.

При прогрессировании хронической болезни меняется вся система отношений больных. Значимыми становятся только те события, которые не противоречат вновь выделившемуся смыслообразующему мотиву сохранения жизни. Вследствие этого появляется замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, пассивность. Выделение мотива сохранения жизни ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению активности.

Различные нозологические формы заболеваний способствуют образованию некоторых специфических особенностей в клинических проявлениях психологических изменений и поведенческих девиаций. Они, как правило, обусловливаются локализацией патологического процесса (сердце или прямая кишка, желудок или мочевой пузырь), длительностью заболевания, выраженностью болевого раздражения и другими факторами. Вследствие этого можно лишь условно говорить о разнице психических изменений при той или иной соматической патологии.

Наряду с общими закономерностями влияния болезни на личность, при *сердечно-сосудистых заболеваниях* имеет место феномен, который Р. Джонсон назвал *«социокультурной символикой сердца»*. Связано это с тем значением, которое человек придает сердцу. Целый ряд факторов, оказывающих тяжелое истощающее воздействие, участвует в генезе изменений психики у больных с приобретенными пороками сердца (Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова). Отмечаются инертность, нерешительность, утрата волевой активности и жизненной стойкости, потеря интереса к труду и жизни в целом, сужение круга интересов, эгоцентричность, а также обидчивость, несдержанность. Наиболее частым, по мнению Л. Ф. Бурлачука и Е. Ю. Коржовой, типом отношения к болезни и поведенческой девиацией становится **сенситивное и эргопатическое поведение.** Следует отметить, что эргопатическое поведение можно считать довольно типичным для пациентов с разнообразной патологией сердца.

При сахарном диабете на синдромальном уровне, как правило, выделяют *астенический, астено-ипохондрический, астено-депрессивный, обсессивный и истероформный синдромы* (Е. В. Елфимова). При этом на формирование психических и поведенческих расстройств оказывают влияние тип сахарного ди-

абета, его длительность и степень тяжести, а начало заболевания в детском и подростковом возрасте и длительное (больше 8-9 лет) течение болезни создают предпосылки для патологического развития личности больных диабетом. Доказанным можно считать факт, что частота встречаемости психопатологических синдромов зависит также от типа сахарного диабета. При сахарном диабете 1-го типа (инсулинозависимом) преимущественно имеют место астено-депрессивный и истероформный синдромы и истерический вариант патологического развития личности, а при сахарном диабете 2-го типа (инсулиннезависимом) чаще встречаются астенический и астеноипохондрический синдромы, а также обсессивный, эксплозивный и психосоматический варианты патологического развития личности. Важное место среди психических расстройств при сахарном диабете занимают **нарушения пищевого поведения** в виде анорексии и булимии.

Среди неврологических заболеваний особое место занимает остеохондроз позвоночника, связь проявлений которого с психологическим состоянием человека представляется весьма существенной. Считается, что в механизме развития поражений позвоночника важную роль играет эмоциональное состояние человека. Страх и тревога способны приводить к напряжению скелетных мышц и способствовать образованию мышечного каркаса, который, в свою очередь, может провоцировать формирование неадекватного двигательного стереотипа. У пациентов с высоким уровнем тревожности и обусловленным им высоким мышечным тонусом формируется поза с напряжением мышц торса, прямой и «одеревенелой» спиной. Из психологических особенностей больных выделяются нетерпеливость, суетливость, несобранность и, как следствие, нарушение координации движений. В структуре личности человека, заболевшего остеохондрозом шейного и поясничного отделов позвоночника, могут преобладать черты застенчивости, скромности, робости и зависимости от авторитетов, которые внешне проявляются в формировании осанки. Интересны выявленные корреляции между нарушениями преднастройки к мышечным движениям у пациентов с остеохондрозом и снижением способности к антиципации (вероятностному прогнозированию) у больных неврозами, что позволило Я. Ю. Попелянскому говорить о сходстве патогенетических механизмов этих заболеваний. Как правило, у больных с неадекватным двигательным стереотипом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника обнаруживаются **эргопатическая, неврастеническая** и **тревожная разновидности девиаций поведения,** при адекватном двигательном стереотипе — **гармоничная.** При этом наблюдается два различных пути влияния психологических факторов на течение остеохондроза. Патогенным, с одной стороны, оказывается анозогнозически-эргопатическая реакция человека с поведением, демонстрирующим малую значимость проявлений болезни, желание собственными силами справиться с болями и скованностью, «разработать» движения. С другой стороны, патогенным оказывается преувеличение значимости проявлений болезни с формированием неадекватного беспокойства и тревоги. Среди факторов, определяющих тип психического реагирования на остеохондроз, важным оказывается представление об этом

заболевании как о тяжелом страдании. Отмечается высокий рейтинг остеохондроза как серьезной патологии по сравнению с другими заболеваниями у пациентов с неадекватным двигательным стереотипом.

В отличие от терапевтической патологии, при которой патогенным для психической деятельности становится состояние длительного хронического заболевания и изменение системы отношений личности происходит постепенно, в рамках *хирургической патологии* отмечается значимость психологического операционного стресса (предоперационного и постоперационного). Основными проявлениями операционного стресса выступают эмоциональные феномены, чаше других — тревога.

Необходимость оперативного хирургического вмешательства способна также формировать поведенческие девиации. В хирургической практике значимым оказывается поведенческая стратегия выбора пациентом способа лечения. Больной, нацеленный на психологическую стратегию *«избегания неудач»,* будет относиться к оперативному вмешательству как к последнему средству снятия болезненных проявлений и согласится на операцию лишь после того, как будут использованы все иные паллиативные способы. Пациент же, исповедующий психологическую стратегию *«стремления к успеху»,* самостоятельно может обратиться за хирургической помощью и настаивать на скорейшей операции даже в относительно спокойном периоде. Суть психологических отличий этих пациентов заключена в принятии существующего патологического состояния и отношении к риску его ухудшить в процессе терапии. «Не было бы хуже» — принципиальная психологическая позиция пациента, принимающего болезненные симптомы своего заболевания и старающегося адаптироваться даже к самым тяжелым из них. Он страшится потерять то, что имеет, и впоследствии раскаиваться за собственное решение произвести операцию. «Лучше пусть будет хуже, чем терпеть то, что есть» — позиция другой группы пациентов, соглашающихся рисковать и идти на операцию ради кардинального улучшения собственного состояния здоровья. При этом у первых истинное состояние здоровья может быть лучшим, чем у вторых.

Психофизиологическая и психологическая адаптация человека после *пересадки органов и тканей* (в частности, пересадки сердца) является одной из наиболее сложных для пациента. «Я демон Франкенштейна, живу с сердцем, которое мне не принадлежит», — были одни из первых слов, произнесенных первым пациентом с пересаженным донорским сердцем. Как показали исследования психологов, после подобных операций нередко отмечаются серьезные психологические изменения вплоть до «изменения нравственных и моральных установок личности» (М. Бакстон). Это связано с тем, что пересадка донорского сердца осознанно или бессознательно расценивается пациентом как вторжение не только в сому, но и в душу человека. Больной становится склонным анализировать связь сердца с душевной жизнью человека-донора, оценкой возможности жизни после смерти и других философских вопросов. Под нашим наблюдением (В. Д. Менделевич, Д. А. Авдеев) находился пациент Б., 48 лет, с диагнозом «ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, прогрессирующая с частыми приступами острой

коронарной недостаточности, постинфарктным кардиосклерозом», которому была произведена аллотрансплантация сердца.

Из психологического анамнеза Б.: до операции характеризовался спокойным, уравновешенным человеком, ответственным исполнительным работником (служащий одного из промышленных предприятий), не отличавшимся религиозностью. Динамика психического состояния до и после пересадки сердца выглядела так. В течение 5 месяцев от момента согласия на операцию был адекватен. В психическом статусе отмечалась астеническая симптоматика. Пациент в силу особенностей своего характера (настойчивость, ответственность и др.) активно добивался направления на операцию по трансплантологии в лучшую клинику страны к известному хирургу. По его словам, «ни минуты не колебался, что это единственно правильное решение для сохранения жизни в условиях болезни сердца». После того как консультантами-хирургами было дано согласие на оперативное вмешательство и предполагалось лишь ожидание подходящего донорского сердца, психологическое состояние больного несколько изменилось. У него появились опасения возможных послеоперационных осложнений, результативности операции, которые, однако, не носили стойкого характера и рационализировались пациентом без использования транквилизирующих средств. В постоперационном периоде соматическое состояние больного соответствовало тяжести проведенной операции. Через несколько часов после выхода из наркоза в сознании больного возникла мысль: «Я, наверное, изменился, я стал другим». Появление таких «назойливых» мыслей было для самого больного неожиданным и неприятным. Первое время он не мог точно сформулировать свои негативные представления о появившихся изменениях: «Думалось, что по-другому стал чувствовать, прислушивался к работе нового сердца. Ожидал, что вдруг оно остановится и все усилия пойдут насмарку, зряшными станут попытки возродить себя». Периодически в момент ухудшения соматического состояния появлялись мысли о том, что напрасно он добивался операции, прикладывал к этому столько усилий. В такие моменты был печален, настроение ухудшалось до степени депрессии. Не интересовался практически ничем, кроме собственного самочувствия, не выражал радости при встрече с родственниками. Через два месяца после выписки из стационара, пристально следя за изменениями сердечного ритма, стал высказывать следующие предположения: «Наверное, мне пересадили какое-то ненормальное сердце или, может быть, в этом сердце клубок неразрешенных проблем?., скорее всего, там неразделенная любовь» (больной располагал сведениями о том, что донорское сердце принадлежало 21-летнему суициденту). Он характеризовал переживаемые ощущения как «состояния психологического дискомфорта» и далее пояснял схематично: «Сердце — это основной орган человека, в моей груди сердце молодого парня — кто же я такой?» В определенной степени больного стало смущать, что донор был человеком другой национальности. «Теперь я — гибрид», — с грустью заявлял он. Через пять месяцев после операции пациент продолжал беспокоиться по поводу пересаженного чужого сердца. У него отмечались эпизоды

депрессивно-деперсонализационного синдрома в рамках невротических расстройств, который был назван нами *«синдромом чужого сердца»*.

Известной поведенческой девиацией в хирургической практике является *синдром Мюнхгаузена.* Он выражается в постоянном и непреодолимом желании подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни. Такие пациенты стремятся прибегать к помощи хирургов вследствие болезненных и разнообразных неприятных ощущений, которые они чаще всего локализуют в брюшной области. Кроме того, с целью быть прооперированными пациенты склонны к проглатыванию мелких предметов (пуговиц, монет, булавок). Ашер описал три варианта синдрома Мюнхгаузена: 1) острый абдоминальный, приводящий клапаротомии, 2) геморрагический, связанный с демонстрацией кровотечений и 3) неврологический, включающий демонстрацию обмороков и припадков. Мотивом подобного поведения, которое не является в чистом виде симуляцией, считается привлечение таким способом внимания к собственной персоне или избегание какой-либо ответственности. В структуре характера отмечаются черты инфантилизма и изменения иерархии ценностей. Чаще всего синдром Мюнхгаузена встречается у людей с истерическими чертами характера или т. н. истерическими личностными расстройствами.

В силу особой значимости для любого человека существенных и заметных изменений внешности можно говорить о типичности и специфичности поведенческих девиаций при косметических дефектах, дефектах зрения, слуха и речи. Психологические особенности лиц с разнообразными дефектами схожи между собой и отличны от реакций на иные заболевания. Это обусловлено несколькими причинами, среди которых выделяется значимость социального статуса для человека с каким-либо дефектом и отношения к нему в обществе, а также изменение личности в связи с нарушением познавательных процессов при дефектах органов чувств.

Среди *косметических дефектов* наиболее значимыми являются патологические изменения и деформации лица или его частей. По мнению Н. Д. Лакосиной и Г. К. Ушакова, человек, потерявший руку или ногу, страдает от того, что на его дефект обращают внимание окружающие. Однако у него реже, чем при другой патологии, возникает чувство отвращения к себе. Люди с обезображивающими изменениями лица реагируют в большей степени самоуничижительно. Они становятся обидчивыми, раздражительными, чувствительными, страшатся появляться на людях, резко ограничивают контакты с окружающими, нередко размышляют о самоубийстве. В случаях кожных изменений и деформаций лица у пациентов к перечисленным психологическим проявлениям присоединяется чувство стыда, брезгливости и опасения, что окружающие станут избегать их из страха заразиться.

Заикание — дефект, который может приводить к значительным психологическим последствиям, способным изменить характер и направленность формирования личности. При появлении заикания начинает нарушаться вся система личностных отношений (В. М. Шкловский). Наиболее частым клиническим признаком становится *страх речи (логофобия).* Он нарушает ком-

муникативную сторону жизни человека, приводит к патологической замкнутости, нежеланию общаться с окружающими. Человек старается переключить свои интересы на деятельность, исключающую частое и длительное общение.

Психологические особенности *слепых и глухих* людей обусловливаются нарушением одной из сфер познавательной деятельности. Пациенты с подобными дефектами органов чувств становятся нерешительными, робкими, зависимыми от близких. У них нередко формируются сверхценные идеи ущербности, сочетающиеся с такими качествами личности, как принципиальность, справедливость, законопослушание, высокий уровень нравственных требований по отношению к себе и окружающим. В. Ф. Матвеев и Д. Ч. Темоев описали различные варианты изменений личности в связи со слепотой: астенический, ипохондрический, ананкастный. У пациентов с тугоухостью чаще встречаются идеи отношения, обидчивость, повышенная тревожность. Они становятся подозрительными, стеснительными, стараются скрыть свой дефект.

Особую группу составляют лица, перенесшие радикальные хирургические операции, относящиеся к т. н. «калечащим операциям». К ним относят мастэктомию, гистерэктомию, овариэктомию, цистэктомию и некоторые другие. Психологические реакции на подобные операции обусловлены функциональной и нередко символической значимостью удаленных органов. Радикальные гинекологические операции существенно влияют на самооценку женшин. При мастэктомии у больной могут возникать тревожные опасения по поводу изменения отношения со стороны мужа или близких в силу *эстетического дефекта,* при гистерэктомии и овариэктомии из-за *сексуального дефекта.* Многие женщины, перенесшие овари- и гистерэктомию, стараются скрывать от близких истинный смысл операции, упреждая негативную реакцию со стороны мужа и его возможный уход из семьи.

Многие пациенты сексологического профиля, говоря о проявлениях собственной патологии, часто употребляют термин «дефект». Суть «сексуального дефекта» заключается в резком снижении самооценки человеком, у которого появились симптомы сексологических расстройств (аноргазмии, фригидности, импотенции). Как правило, у таких пациентов формируется два вида поведения. У одних снижается настроение, возникают идеи никчемности, ущербности, самообвинения и доминирует интрапунитивный тип реакций. Другие становятся раздражительными, вспыльчивыми, ворчливыми, предъявляют претензии к сексуальному партнеру — экстрапунитивный тип реагирования. Типичной является попытка скрывать наличие сексуальных симптомов и проблем из-за их непрестижности и стыда.

Близким по проявлениям к вышеописанному считается «психический дефект» (в том числе интеллектуальный). Возникновение «комплекса неполноценности» в связи с психологическими проблемами и психопатологическими симптомами, как правило, возможно лишь при непсихотическом уровне психических расстройств. Такой «дефект» формируется у больных с невротическими и личностными расстройствами. В силу необходимости лечения у психиатров они становятся замкнутыми, сужают круг контактов, испытыва-

ют стеснительность и робость в общении, стараются скрывать имеющиеся проблемы и факты посещения специалистов. При интеллектуальном дефекте реакции пациентов отмечаются гораздо реже по сравнению с реакциями близких родственников, которые считают, что дефект одного из членов семьи становится дефектом всей семьи. Вследствие этого родственники пытаются ограничить круг общения, живут в добровольной изоляции.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. Поведение хронически больного, при котором происходит «бегство в болезнь», называется:
а) ипохондрическим;
б) эгоцентрическим;
в) эргопатическим;
г) истерическим;
д) истероидным.

2. При каком типе поведенческих девиаций у хронически больного особое значение придается реакции на социальную значимость диагноза:
а) обсессивно-фобическом;
б) тревожном;
в) апатическом;
г) сенситивном;
д)эгоцентрическом.

3. Апатический тип психического реагирования на заболевание и апатическое девиантное поведение относятся к группе с:
а) интерпсихической направленностью психической дезадаптации;
б) интрапсихической направленностью психической дезадаптации;
в) психической адаптацией;
г) межличностной направленностью психической дезадаптации;
д) межгрупповой направленностью психической дезадаптации.

4. Какой тип психического реагирования, как правило, возникает у пациента на первом этапе вслед за диагностикой злокачественного новообразования:
а) неврастенический;
б) ипохондрический;
в) апатический;
г) анозогнозический;
д) обсессивно-фобический.

5. Девиантное поведение у хронически больного, при котором происходит т. н. «бегство в работу», называется:
а) ипохондрическим;
б) эгоцентрическим;
в) эргопатическим;
г) истерическим;
д) истероидным.

6. Канцерофобия у онкологически больных:
а) возникать не может;
б) может возникать в случае неинформирования пациента о диагнозе;
в) может возникать при злокачественных новообразованиях;
г) может возникать при доброкачественных новообразованиях;
д) все ответы верны.

7. При поясничном остеохондрозе преобладающими являются следующие типы девиантного поведения:
а) тревожное, неврастеническое и эргопатическое;
б) тревожное, неврастеническое и эгоцентрическое;
в) эргопатическое и эгоцентрическое;
г) фобическое и меланхолическое;
д) анозогнозическое.

8. Постоянное и непреодолимое желание человека подвергаться хирургическим операциям по поводу мнимых проявлений болезни называется:
а) симуляцией;
б) агравационным синдромом;
в) ипохондрическим синдромом;
г) синдромом Ашафенбурга;
д) синдромом Мюнхгаузена.

9. Логофобия встречается при:
а) шизофрении;
б) сахарном диабете;
в) заикании;
г) гиперкинетическом синдроме;
д) аутизме.

10. Идеи отношения и обидчивость чаще встречаются при:
а) дефекте органов зрения;
б) дефекте органов слуха;
в) сексуальных расстройствах;
г) заикании;
д) все ответы верны.

11. «Синдром чужого сердца» встречается
а) после перенесенного инфаркта миокарда;
б) после трансплантации донорского сердца;
в) после трансплантации искусственного сердца;
г) при шизофрении;
д) при психопатии.

12. В нормативное поведение хронически больного включаются все нижеперечисленные параметры, за исключением:
а) реализма;
б) нежелания обременять других тяготами ухода за собой;
в) активного содействия успеху лечения;
г) переключения интересов на сферы, оставшиеся доступными;
д) сотрудничества с нетрадиционной медициной, а не с официальной.

13. Вероятность летального исхода у хронически больного способна сформировать следующие тактики поведения (по И. Ялому):
а) суицидальную и агрессивную;
б) исключительности и веры в конечного спасителя;
в) эргопатическую и апатическую;
г) эргопатическую и агрессивную;
д) ни один ответ не верен.

14. Поведение хронически больного, базирующееся на мистическом и мифологическом осмыслении действительности, со склонностью оценивать механизмы формирования заболевания иррациональным способом, называется:
а) мифологическим;
б) парапсихологическим;
в) эзотерическим;
г) обсессивно-фобическим;
д) примитивным.

15. Пять фаз поведенческого реагирования на злокачественные новообразования и рак описал один из следующих ученых:
а) Бажин—Гнездилов;
б) Кублер-Росс;
в) Айзенк;
г) Фрейд;
д) Мясищев.

Рекомендуемая литература

1. *Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю.* Психология жизненных ситуаций. М., 1998.
2. *Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В., Тетенев Ф. Ф.* Личность пациента и болезнь. Томск, 1995.
3. *Герасименко В. Н., Тхостов А. Ш.* Реабилитация онкологических больных. М., 1988.
4. *Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М.* Психологическая диагностика и коррекция в клинике. Л., 1983.
5. *Квасенко А. В., Зубарев Ю. Г.* Психология больного. М., 1980.
6. *Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К.* Медицинская психология. М., 1984.
7. *Менделевич В. Д.* Гинекологическая психиатрия. Казань, 1996.
8. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
9. *Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. М., 1987.
10. *Орлов Ю. М.* Восхождение к индивидуальности. М., 1991.
11. *Тхостов А. Ш., Арина Г. А.* Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни... Л., 1990.

Глава 9

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ТЕРАПИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Многообразие клинических проявлений девиантного поведения, различных по структуре и механизмам формирования, диктует необходимость выработки комплексных подходов к терапии и коррекции отклоняющегося поведения, которые были бы не симптомо- или феноменоцентрированными, а патогенетически ориентированными. В силу этого факта применение тех или иных способов и методов психологической коррекции, консультирования, психотерапии или психофармакотерапии должно базироваться на сущностных механизмах происхождения отклоняющихся форм поведения и соответствующих методах восстановления нормативного поведения или становления гармоничного поведения.

В настоящее время в сфере практической деятельности в психологии девиантного поведения используются все известные психотерапевтические методики, способы педагогического воздействия, разнообразные психотропные препараты и даже меры социального воздействия. При этом отсутствует обоснование целесообразности и научно подтвержденной эффективности действия тех или иных методик. В данной главе будут освещены существующие в науке и практической психологии основные подходы к психологической коррекции, психо- и фармакотерапии девиантных форм поведения. Учитывая психологическую направленность данной работы, педагогические и социальные аспекты коррекционной деятельности в ней не обсуждаются.

Основополагающими принципами в выборе тех или иных психокоррекционных, психотерапевтических и психофармакологических методик в деятельности, направленной на исправление (искоренение, смягчение) отклонений в поведении человека, считаются:

1) принцип добровольности;
2) принцип осознанности;
3) принцип соответствия (адекватности);
4) принцип целесообразности;

5) принцип допустимости;
6) принцип гуманности.

Принцип добровольности подразумевает, что достижение реальной эффективности проведения коррекционных или терапевтических мероприятий, исправление и избавление от отклоняющегося поведения возможно и допустимо лишь в случае добровольного согласия девианта на их проведение. Оно базируется на *принципе осознананности,* сутью которого является как осознание человеком своего поведения несоответствующим нормативному, так и стремление измениться. Нередко клиент (пациент) с девиантными формами поведения осознает, что отклоняется от нормы, но не стремится (или стремится на словах) к исправлению дефекта поведения. С другой стороны, принцип осознанности подразумевает не только осознание необходимости поведенческой коррекции и терапии, но и истинное осознание целей изменения. Девиант должен представлять, какого именно поведенческого статуса он стремится достичь в процессе терапии: например, избавления от алкогольной зависимости, коррекции злоупотребления до степени умеренного употребления алкоголя или нормализации семейных отношений за счет изменения отношения супруги к его алкогольному поведению.

Под *принципом соответствия (адекватности)* понимается выбор специалистом методик психологической коррекции, консультирования и терапии в соответствии с механизмами возникновения поведенческой девиации. В подборе методик можно руководствоваться известными типами девиантного поведения, которые отражают различные пути и механизмы формирования отклоняющегося поведения. Делинквентное и криминальное поведение, как правило, не требуют специальных психологических методов коррекции, а подразумевают педагогическое и социальное воздействие. Психопатологический тип девиантного поведения диктует необходимость использования в качестве основполагающей медикаментозной терапии, а патохарактерологический — сочетания психофармакотерапии с психологической коррекцией и психотерапией. Аддиктивный тип отклоняющегося поведения, или т. н. зависимости, требует применения в основном методов психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии.

Принцип целесообразности рассматривает необходимость и обоснованность исправления поведенческой девиации, во-первых, сквозь призму возможных более грубых изменений поведения после терапии; во-вторых, в связи с реальным вредом отклоняющегося поведения. Известно, что большинство клинических форм отклоняющегося поведения отражает структуру девиантнои личности и купирование одной девиации часто не приводит к гармонизации личности. Вслед за исчезновением у индивида одной разновидности девиантного поведения происходит «заполнение пустоты» другой девиацией. Например, у вылеченных больных алкоголизмом нередко происходит становление сутяжнического, ипохондрического или иных форм девиаций.

Немаловажным является и тот факт, что помощь в исправлении девиантного поведения может и не быть необходимой в случае, если девиация — един-

ственный способ компенсации какого-либо иного дефекта психической деятельности. Например, при трудоголизме редко можно признать желательным и целесообразным применение методов и способов психокоррекции и психотерапии в силу того, что эта разновидность девиантного поведения не носит социально и личностно разрушительного характера. То же самое относится к типу отклоняющегося поведения, формирующемуся на базе гиперспособностей. Исправление девиаций в данном случае может привести к исчезновению или ухудшению творческих способностей.

Принципы допустимости и гуманности базируются на представлении о необходимости применения в процессе коррекции девиантного поведения лишь тех методик, которые способствуют личностному росту человека, этически и эстетически обоснованы и не могут вызвать психических расстройств. Недопустимым следует признать применение манипулятивных методик, которые используются без ведома девианта или без полного осознания им сути терапевтического процесса. Кроме того, недопустимым нужно считать формирование в процессе терапии нового мифологического, то есть ненаучного иррационального и искажающего действительность мышления индивида (к таким методикам можно, например, отнести, различные виды «кодирования», базирующиеся на прямом или косвенном внушении клиенту/пациенту ложных умозаключений и убеждений). *Принцип гуманности* базируется на признании за человеком (девиантом) права на свободу выбора, уважение. Этот принцип (в соответствии с роджеровским подходом) проявляется в принятии психологом девианта как ценной и уникальной личности, принятии его проблем, сопереживании, эмпатии, искренности и позитивном непредвзятом взгляде на клиента (пациента) во время взаимодействия с ним.

СПОСОБЫ И МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ, ПСИХОКОРРЕКЦИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

В практической деятельности при исправлении различных форм девиантного поведения используются разнообразные методы, способы и средства. Их делят на консультативные, коррекционные, психотерапевтические и психофармакологические. Ниже приводятся характеристики каждой из групп психологической и психофармакологической помощи.

Под *психологической помощью* понимается предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления психологических феноменов или психопатологических симптомов и синдромов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купирования психопатологической симптоматики и рекон-

струкции личности для формирования фрустрационной толерантности, стрессо- и неврозоустойчивости.

Психологическая помощь является практической реализацией теоретических изысканий клинического психолога или психотерапевта на основе научного анализа психического статуса и индивидуально-психологических особенностей человека, типов его реагирования на различные фрустрирующие события, в первую очередь болезни и конфликтные ситуации. Традиционно выделяют три вида психологической помощи: I) *психологическое консультирование, 2) психокоррекцию,* 3) *психотерапию.* Они представляют собой воздействие на различные стороны личности и имеют разнящиеся цели и способы, могут применяться раздельно и в сочетании. Основная цель психологического консультирования — *формирование личностной позиции,* специфического мировоззрения и взгляда на жизнь, принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей. Задачей психологической коррекции является *выработка и овладение навыками* оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. Психотерапия в узком понимании термина основной своей задачей ставит *купирование психопатологической симптоматики,* посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

Оказание эффективной психологической помощи немыслимо без кооперирования перечисленных видов психологического воздействия, поскольку адекватный стиль взаимодействия человека с окружающим миром невозможен как без сформированной личностной позиции, проявляющейся в теоретическом осмыслении реальности и выборе наиболее подходящей мировоззренческой платформы с иерархией ценностей, так и без конкретных психологических навыков преодоления жизненных сложностей, а также «саногенных умений». Взаимодействие различных психологических составляющих человека, направленных на поддержание гармонии, можно представить как пирамиду (рис. 21).

Лишь при наличии совокупности представленных составляющих можно говорить о гармоничности человека в сфере преодоления фрустраций, стрессов и конфликтных психотравмирующих ситуаций и возможности личностного роста.

Внушаемость, гипнабельность, анализируемость,
готовность к психологическому воздействию извне

Навыки психологической компенсации

Личностная позиция человека

Рис. 21. Психологические составляющие человека

Под **психологическим консультированием** подразумевается проведение анализа психического состояния клиента или пациента с использованием различных методов психологической диагностики (интервьюирования, экспериментов и пр.) с предоставлением ему объективных данных и научных интерпретаций результатов, которые должны способствовать разрешению стоящих перед человеком общежитейских проблем, формированию новых представлений о различных подходах к решению психологических проблем, вариантах их предотвращения и методах психологической защиты и компенсации, а также расширению его психологической культуры и личностному росту. Таким образом, консультирование охватывает, во-первых, *диагностический процесс* и способствует определению нормального или аномального развития человека, наличия или отсутствия психопатологической симптоматики; во-вторых, *процесс информирования* индивида о структуре его психической деятельности и индивидуально-психологических особенностях, благоприятных и потенциально патогенных жизненных ситуациях; в-третьих, *процесс обучения* навыкам психологической защиты, аутотренинга и иных способов нормализации собственного эмоционального состояния.

Психологическая коррекция базируется на консультировании и предполагает целенаправленное психологическое воздействие на клиента или пациента с целью приведения его психического состояния к норме в случаях диагностики у него каких-либо характерологических девиаций или личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности. Психологическая коррекция в клинической психологии и психотерапии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного и искомого психического состояния человека, его активности и душевного комфорта, гармонизации его отношений с социальным окружением.

Психотерапия в узком понимании термина является видом активного психологического воздействия на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, фрустрации, стресса или душевной болезни. Психотерапия подразумевает как купирование болезненных клинических проявлений, так и коррекцию индивидуально-психологических свойств человека с целью вторичной профилактики психогенных (невротических, психосоматических) расстройств и заболеваний с помощью специальных способов психотерапевтического воздействия, в частности используя измененные состояния сознания. При широком толковании термина «психотерапия» под данным видом психологического воздействия имеют в виду все виды направленного психологического воздействия на индивида (консультирование, коррекцию и терапию).

В процессе предоставления психологической помощи психолог может оказывать психологическое воздействие, манипулировать клиентом (пациентом) в процессе общения, управлять собеседником или формировать у него определенные качества (Г. С. Абрамова). Под *воздействием* в процессе оказания психологической помощи понимается изменение психической реальности другого человека с целью создания для него новых переживаний и качеств. Воздействие предполагает ценность другого человека как меру изменений

психической реальности. *Манипулированием* обозначается изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо. Оно предусматривает скрытое или явное обесценивание человека. *Управлением* называется изменение психической реальности человека в соответствии с ее свойствами. Применяется при отсутствии у индивида возможности адекватной саморегуляции, например при патологии характера, личностных аномалиях или психопатологических симптомах невротического регистра. *Формирование* — это изменение психической реальности человека в соответствии с представлениями о ее социальной и индивидуальной норме. В этом случае предполагается, что сам человек не может достичь этой нормы вследствие дефекта или дефицита каких-либо качеств, например интеллектуальных или волевых.

Различные виды психологической помощи включают вышеперечисленные способы психического воздействия на человека в условиях клинического взаимодействия, но представлены они по-разному. Так, консультирование в большей степени ориентируется на психологическое воздействие в узком понимании этого термина, так как учитывает цели клиента (пациента), его индивидуально-психологические особенности и личностные ценности. Вследствие этого в процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида и расширение представлений о себе, ситуации, вариантах преодоления жизненных сложностей и внутриличностных конфликтов и приобретения навыков психологической защиты и компенсации. Психокоррекция в большей степени ориентируется на процессы манипулирования, управления и формирования, что связано с неспособностью человека самостоятельно (даже при приобретении знаний и навыков саморегуляции) изменить параметры своей психической деятельности в силу аномалий или дефектов психики. В рамках психотерапии используется каждый из вышеперечисленных способов оказания психологической помощи в зависимости от структуры психической проблемы индивида, его индивидуально-психологических особенностей и теоретических воззрений психотерапевта.

Психологическое консультирование

Консультирование в процессе оказания психологической помощи лицам с отклоняющимся поведением подразумевает совместное обсуждение врача, клинического психолога, с одной стороны, и пациента или клиента — с другой, возникших у человека проблем, возможных вариантов их преодоления и профилактики, а также информирование индивида о его индивидуально-психологических качествах, специфических типах реагирования, методах саморегуляции. Консультирование направлено на выработку активной позиции человека по отношению к психологическим проблемам, фрустрациям и стрессам с целью обучения способам восстановления или сохранения эмоционального комфорта в критических жизненных ситуациях.

Диагностический процесс в структуре психологического консультирования включает клиническое интервьюирование и использование батареи экспериментально-психологических методик для определения особенностей функционирования психических процессов и параметров индивидуальности. Существенным при консультировании в практическом отношении является процесс информирования человека об объективных параметрах его психической деятельности и свойствах индивидуальности, а также обучение способам психической саморегуляции.

Информирование клиента представляет довольно деликатный и сложный процесс, поскольку предполагает не только беспристрастное приподнесение фактов, но и учет возможных реакций человека на информацию о себе. Существует несколько стратегий информирования, принципиально различающихся степенью *использования оценочных категорий, фокусировкой и используемойтерминологией.*

Учитывая тот факт, что клинический психолог или врач-психотерапевт получает в процессе обследования клиента (пациента) достаточно большое количество объективных данных, возможна различная *фокусировка* при информировании. Можно фиксировать внимание на: а) явных отклонениях функционирования организма и психики; б) всех имеющихся отклонениях; в) отклонениях, которые индивид способен осмыслить и изменить; г) всем спектре проявлений — и нормальных, и аномальных; д) нормативных признаках и проявлениях. Известны три подхода при фокусировке внимания и информировании человека: *оптимистический, пессимистический* и *нейтральный.* Одна и та же информация может быть воспринята как положительная, отрицательная или индифферентная. Классическим примером может служить информирование о количестве жидкости в стакане воды: 1) стакан наполовину полон, 2) наполовину пуст или 3) жидкость в стакане занимает половину объема. Возможен выбор различных объектов фокусировки внимания человека в процессе оказания психологической помощи. Это могут быть отдельные функции или деятельность всего организма и личности («У вас качественно нарушен процесс мотивационного опосредования деятельности и изменена иерархия ценностей» или «У вас отмечаются существенные отклонения в поведении вследствие акцентуаций характера и нарушения волевой регуляции деятельности»).

В процессе информирования отмечается различный подход не только к фокусировке, но и к описанию и оценке выявляемых в процессе интервьюирования и диагностики клинических феноменов. Возможны *оценочный* и *описательный подходы.* В первом случае информирование включает оценочные категории (адекватный — неадекватный, нормальный — патологический, здоровый — больной, дефектный и т. д.). Во втором психолог или врач при информировании старается избегать оценочных категорий и ориентируется лишь на описание клинических феноменов, предоставляя в случае необходимости многовариантность истолкования полученных фактов.

Существенным фактором в процессе информирования является также используемая клиницистом (психологом или врачом) *терминология.* Он может

применять специфическую научную терминологию и даже жаргон («разноплановость мышления», «использование каузальной атрибуции» и пр.), непонятные обследованному, или, учитывая языковые и иные параметры клиента, делать заключение на обыденном языке.

Обучение навыкам саморегуляции в процессе психологического консультирования осуществляется различными способами с ориентацией на приоритетность предоставления клиенту или пациенту по возможности максимальной информации о способах и методах психологической защиты и компенсации, сано- и патогенетических паттернах мышления и прогнозирования, закономерностях развития, этапах и исходах межличностных и внутриличностных конфликтов. Индивид в процессе консультирования обучается навыкам рефлексивного стиля мышления, здравомыслию и адаптивным формам реагирования исключительно с помощью информирования, поскольку тренинговый способ входит в структуру иного вида психологической помощи — психокоррекции.

В первую очередь клиент или пациент приобретает знание способов *психологической защиты*. Суть их заключается в сохранении баланса между внешними силами, действующими на человека, и внутренними ресурсами. Выделяют следующие варианты психологических защитных механизмов: рационализация, проекция, вытеснение, идентификация, компенсация, гиперкомпенсация, фантазирование, доминирующие идеи (М. Ярош).

Рационализация — стремление к самооправданию, поиск причин и мотивов своих поступков во внешней среде. Обвинение, например окружающих людей, в возникновении болезни или психологической проблемы. Больной при этом старается найти максимально убедительные и правдоподобные доказательства внешней обусловленности его болезненных высказываний и неадекватных поступков, стремясь сознательно или подсознательно уйти от признания тягостного факта развития у него болезни или отклонений поведения.

Проекция — приписывание другим неблагоприятных черт своего характера. Такой механизм личностной зашиты наиболее часто отмечается у пациентов с пограничной психической патологией (при личностных и невротических расстройствах, поведенческих девиациях). Больной осознанно или неосознанно старается создать у врача впечатление, что его болезненный срыв является следствием отрицательных черт характера близких ему людей.

Вытеснение — проявляется в забывании, игнорировании очевидных фактов неправильного поведения или симптомов болезни, вплоть до полного их непризнания. Наиболее ярко выражается при истерических расстройствах — пациент часто не помнит наиболее неприятные и тяжелые для него события.

Идентификация — достижение внутреннего психического успокоения путем сопоставления, идентификации себя с кем-либо другим (например, со своими детьми — желание, чтобы они достигли в жизни того, чего он не достиг сам).

Компенсация основана на стремлении к достижению успеха в какой-то области и, таким образом, к компенсации неудач в другой области, вызванных,

например, недостаточными физическими способностями, отсутствием дарований, дефектом речи (например, усиленные занятия музыкой, чтобы чем-то отличаться от кого-то и привлечь к себе внимание).

Гиперкомпенсация — стремление к достижению успеха и чувства значимости именно в той области, которая до сих пор была наиболее трудной (физически слабый человек с помощью интенсивных тренировок старается быть самым сильным в каком-либо виде спорта, робкий и трусливый прикрывается напускной развязностью и грубостью, лживый стремится убедить других и отчасти даже сам убежден в своей исключительной честности).

Фантазирование проявляется в виде воображения исполнения неосуществимых желаний или успешного разрешения какой-то тягостной ситуации, в идентификации себя с каким-то литературным или былинным героем. Оно способствуетснижениютягостного внутри психического напряжения, вызванного жизненной неудачей или болезнью.

Доминирующие, илисверхценные, идеи — убеждения с сильным эмоциональным зарядом, которые принимаются за самые важные в жизни и служат мотивационным стимулом кдостижению какой-то определенной цели, несмотря на возникающие трудности. При этом собственные неудобства и наносимые окружающим обиды не принимаются в расчет.

Усвоение индивидом знаний о механизмах психологической защиты способно сформировать новый взгляд на собственную психику, закономерности и особенности психического реагирования в стрессовых ситуациях; изменить эти представления, если они оказываются неприемлемыми после соответствующего анализа. Таким образом, в процессе консультирования и получения информации о методах психологической защиты человек сам сможет выбрать из предлагаемых вариантов подходящие ему. При консультировании не происходит навязывания клиенту или пациенту единственно верного пути решения межличностных или внутриличностных проблем, а дается многовариантный обзор возможного поведения. В отличие от психокоррекции и психотерапии, выбор способа разрешения проблем или личностной трансформации остается за индивидом.

Психологическое консультирование используется при любых психологических проблемах человека как начальный этап терапии и «реконструкции личности». Нередко его использование сочетается с применением психокоррекции и психотерапии. Специфической мишенью консультирования являются психологические феномены, обусловленные кризисами идентичности и иными мировоззренческими проблемами, а также коммуникационные девиации. В сфере анализа и оценки мировоззренческих кризисов, экзистенциальных проблем применение психокоррекции или психотерапии считается необоснованным и малоэффективным. Единственная возможность оказать действенную психологическую помощь человеку в период экзистенциального кризиса, не сопровождающегося выраженными психопатологическими проявлениями, — психологическое консультирование, которое предполагает совместный (клиента и психолога) поиск истины, рассмотрение философских вопросов бытия, жизни и смерти с различных точек зрения, а также эмо-

циональную поддержку. При этом следует учитывать, что выбор способа действия в таких условиях остается за индивидом.

Классический пример столкновения различных видов психологического воздействия — суицидальные намерения индивида, обусловленные межличностным или внутриличностным конфликтом. После исключения психопатологических (неосознанных или болезненных) мотивов стремления человека к совершению суицида клинический психолог или психотерапевт, как правило, могут выбрать три известных пути психологического воздействия на человека: «путь консультирования», «путь психокоррекции» и «психотерапевтический путь». Выбор пути будет основываться в первую очередь на теоретических предпочтениях и понимании механизмов суицидального поведения, тогда как индивидуально-психологические особенности потенциального суицидента могут вообще не рассматриваться. В силу теоретических (мировоззренческих и профессиональных) воззрений психолог может выбрать либо консультирование с использованием совместного обсуждения экзистенциальных вопросов и переноса ответственности за принятие решения на самого клиента; либо психокоррекцию, в условиях которой станет заниматься тренингом, направленным на поддержание нацеленности на сохранение жизни с помощью системы искоренения «неправильного мировоззренческого настроя» на смерть; либо психотерапию, при которой будет рассматривать суицидальные мысли и намерения как патологию, требующую купирования, например, суггестией.

Мишенью психологического консультирования являются также межличностные конфликты: развод, измена, увольнение, наказание и другие, которые рассматриваются индивидом сквозь призму мировоззренческих и нравственных проблем. Внешние психотравмирующие события трактуются человеком как безнравственные и вызывают к жизни принципиальные вопросы бытия — справедливости, верности, доверия и др. Следовательно, и в этих случаях наиболее адекватным следует признать применение психологического консультирования и отдать ему предпочтение по сравнению с другими методами психологического воздействия. Сходный процесс происходит и при возникновении соматического заболевания. Оно также требует не коррекции или терапии, но в первую очередь консультирования.

Наиболее известные методики, относящиеся к способам психологического консультирования, — это рациональная психотерапия (П. Дюбуа), логотерапия (В. Франкл), психология самореализации (А. Маслоу), позитивная психотерапия (Н. Пезешкиан), когнитивная терапия (А. Бек), рационально-эмотивная психотерапия (А.Эллис), психотерапия «здравым смыслом», антиципационный тренинг. Несмотря на то что в названии методик присутствует термин «психотерапия», фактически данные методики следует признать консультативными. Это связано, во-первых, с тем, что психологическая помощь оказывается посредством влияния на мировоззрение; во-вторых, с тем, что основным методом является метод информирования клиента и, в-третьих, из-за «терапевтической мишени» — в данном случае мировоззрения и миропонимания человека и вторично — психологических проблем и невротиче-

ских симптомов. К отечественным методикам, которые также следует причислить к консультативным, в первую очередь относится т. н. патогенетическая реконструктивно-личностная психотерапия, основанная на теории отношений личности В. Н. Мясищева.

Основная задача **патогенетической психотерапии** — информирование пациента или клиента с целью:

1) осознания мотивов своего поведения, особенностей своих отношений, эмоциональных и поведенческих реакций;
2) осознания неконструктивного характера ряда своих отношений, эмоциональных и поведенческих стереотипов;
3) осознания связи между различными психогенными факторами и невротическими (психосоматическими) расстройствами;
4) осознания меры своего участия и ответственности за возникновение конфликтных и психотравмируюших ситуаций;
5) осознания более глубоких причин своих переживаний и способов реагирования, коренящихся в детстве, а также условий формирования своей системы отношений;
6) научения пониманию и вербализации своих чувств;
7) обучения саморегуляции.

Патогенетическая психотерапия осуществляется в четыре этапа. На первом происходит преодоление неправильных представлений пациента о его болезни; на втором — осознание психологических причин и механизмов болезни; на третьем — решение конфликта и на четвертом — реконструкция системы отношений личности.

Логотерапия относится к гуманистическому направлению психотерапии в широком понимании термина и ставит своей целью терапию ноогенных неврозов с помощью приобретения утраченного человеком в силу каких-то причин смысла жизни. Механизм развития психологических проблем и невротических симптомов усматривается в нравственных исканиях человека, конфликте совести и в целом в «экзистенциальном кризисе». Задачей логотерапии становится восстановление или приобретение человеком потерянной духовности, свободы и ответственности, исходя из известной позиции А. Эйнштейна, выраженной в следующих словах: «Человек, считающий свою жизнь бессмысленной, не только несчастлив, он вообще едва ли пригоден для жизни». V. Frankl считал, что вернуть утраченный смысл возможно с помощью метода убеждения. Убеждение использует систему логических обоснований уникальности ценностей (смысла) жизни при абсолютной ценности трансценденции — сущности существования. Основой логотерапии становится исцеление души с помощью формирования осмысленного стремления к смыслу и даже к конечному смыслу (сверхсмыслу) в противовес стремлению к наслаждению или власти.

В рамках **психологии самореализации** упор делается на выработку психологической стратегии максимально использовать в жизни собственный личностный потенциал, который включает в себя:

1) внутреннюю природу человека, его индивидуальную самость в виде основных потребностей, способностей, индивидуально-психологических особенностей;
2) потенциальные возможности, а не реальные окончательные состояния, реализация которых детерминирована экстрапсихическими факторами (цивилизацией, семьей, окружением, образованием и т. п.);
3) аутентичность — способность познать истинные собственные потребности и возможности;
4) способность принимать себя;
5) потребность в любви.

А. Маслоу признавал, что у индивида существуют ценности бытия (Б-ценности) и ценности, формирующиеся по принципу ликвидации дефицита (Д-ценности). К ценностям бытия относятся такие, как: 1) целостность — единство, интеграция, стремление к однородности, взаимосвязанность; 2) совершенство — необходимость, естественность, уместность; 3) завершенность — конечность; 4) справедливость— законность, долженствование; 5) жизненность — спонтанность, саморегуляция; 6) полнота — дифференцированность, сложность; 7) простота — искренность, сущностность; 8) красота — правильность; 9) праведность — правота, желанность; 10) уникальность — неповторимость, индивидуальность, несравненность; 11) непринужденность — легкость, отсутствие напряженности, изящество; 12) игра — веселье, радость, удовольствие; 13) истинность— честность, реальность; 14) самодостаточность — автономность, независимость, умение быть самим собой без участия других людей.

Позитивная психотерапия исходит из принципа обладания человеком способностью к саморазвитию и гармоничности. Основными целями позитивной психотерапии являются:
1) изменение представлений человека о себе, своих актуальных и базисных способностях;
2) познание традиционных для него, его семьи и культуры механизмов переработки конфликтов;
3) расширение целей жизни, выявление резервов и новых возможностей для преодоления конфликтных ситуаций и болезней.

Для этих целей используется транскультурный подход к оценке тех или иных психологических феноменов и болезненных симптомов. Суть его заключается в предоставлении клиенту или пациенту информации об отношении к сходному с имеющимися у него психологическим проявлениям, симптомам, проблемам или болезням в иных культурах. Например, при патологической эмоциональной реакции индивида на выявляемую у него аллопецию (облысение) ему приводят пример отношения к облысению в некоторые африканских племенах, где эталоном красоты считается не густая шевелюра, а лысая голова. Транскультурные сравнения направлены на выработку у клиента понимания относительности жизненных ценностей. Еще одним мето-

дом в позитивной психотерапии является позитивная интерпретация любых проблем и симптомов (например, импотенция трактуется как способность избегать конфликтов в сексуальной сфере, фригидность — как способность телом сказать «нет», анорексия — как способность обходиться минимумом пищи и т. д.).

Особое внимание в позитивной психотерапии уделяется формированию личностной и характерологической гармоничности с помощью предоставления информации о традиционных транскультурных способах переработки конфликтов и формирования ценностей.

Когнитивная терапия рассматривает механизмы возникновения различных эмоциональных феноменов в связи с имеющимися у пациента отклонениями в оценке реальной действительности в виде «систематических предубеждений». Считается, что эмоциональные расстройства возникают из-за «когнитивной уязвимости» — предрасположенности к стрессу в силу использования при анализе внешних событий жестко заданных иррациональных заблуждений («когнитивных искажений»). Среди них выделяются:

1) сверхгенерализация (неоправданное обобщение на основании единичного случая);
2) катастрофизация (преувеличение последствий каких-либо событий);
3) произвольность умозаключений (бездоказательность и противоречивость при вынесении умозаключений);
4) персонализация (склонность интерпретировать события в контексте личных значений);
5) дихотомичность мышления (склонность к использованию в мышлении крайностей);
6) выморочность абстрагирования (концептуализация ситуации на основе детали, извлеченной из контекста).

Целью когнитивной терапии является исправление ошибочной переработки информации и модификация убеждений в сторону ее рационализации и выработки жизненной стратегии здравого смысла.

Близкой по смыслу к когнитивной терапии считается **рационально-эмотивная терапия,** нацеливающаяся на искоренение когнитивных искажений и т. н. «иррациональных установок и мыслей». А. Эллис описал двенадцать основных иррациональных идей, которые в процессе консультирования должны быть исправлены:

1. Для взрослого человека совершенно необходимо, чтобы каждый его шаг был привлекателен для окружающих.
2. Есть поступки порочные, скверные. И повинных в них следует строго наказывать.
3. Это катастрофа, когда все идет не так, как хотелось бы.
4. Все беды навязаны нам извне — людьми или обстоятельствами.
5. Если что-то пугает или вызывает опасение — постоянно будь начеку.
6. Легче избегать ответственности и трудностей, чем их преодолевать.

7. Каждый нуждается в чем-то более сильном и значительном, чем то, **что** он ощущает в себе.
8. Нужно быть во всех отношениях компетентным, адекватным, разумным и успешным.
9. То, что сильно повлияло на вашу жизнь один раз, всегда будет влиять на нее.
10. На наше благополучие влияют поступки других людей, поэтому надо сделать все, чтобы эти люди изменялись в желаемом для нас направлении.
11. Плыть по течению и ничего не предпринимать — вот путь к счастью.
12. Мы не властны над своими эмоциями и не можем не испытывать их.

В соответствии с принципами рационально-эмотивной терапии со стороны клиента или пациента должен произойти «отказ от требований» к действительности и самому себе, основанных на иррациональных идеях (установках), которые делятся на четыре группы: *установки долженствования* («Люди должны быть честными», «Супруг должен быть верным»); *катастрофические установки* («Все ужасно и непоправимо»); *установка обязательной реализации своих потребностей* («Я должен быть счастлив»); *оценочная установка.* Основным методом терапии является сократовский диалог — когнитивный диспут с использованием законов логики.

На логическом переубеждении клиента или пациента основан также метод **рациональной психотерапии,** направленный на обучение человека правильному мышлению, избегание логических ошибок и заблуждений с целью предотвращения невротических симптомов.

Психотерапия «здравым смыслом» включает в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, то есть переубеждения человека на основании логической аргументации и формирования правильного мышления, основанного на определенности, последовательности и доказательности, становление многовариантного способа осмысления действительности. Он противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при т. н. каузальной атрибуции. Базой личностной позиции при психотерапии «здравым смыслом» считается «антиципационная состоятельность» (В. Д. Менделевич) — способность человека предвосхищать ход событий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. Считается, что гармоничные характерологические черты и свойства личности, а также неврозоустойчивость способны формироваться в процессе **антиципационного тренинга** лишь в случае использования таких принципов, как: а) *отказ от претензий* («Мне никто ничего не должен»); б) *отказ от однозначности* (при истолкований происходящих событий — «Это может значить все, что угодно»); в) *отказ от фатальности* (при истолковании будущих событий — «Все возможно»); г) *выработка стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».*

Психологическая коррекция

Целями применения психологической коррекции (психокоррекции) является оптимизация, исправление и приведение в норму каких-либо психических функций человека, отклонений от оптимального уровня его индивидуально-психологических особенностей и способностей. Выделяется пять видов стратегий психокоррекции (Ю. С. Шевченко):

1. Психокоррекция отдельных психических функций и компонентов психики (внимание, память, конструктивное и вербальное мышление, фонематическое восприятие, ручная умелость, познавательная деятельность и т. д.) либо коррекция личности.
2. Директивная или недирективная стратегия психокоррекционного воздействия.
3. Коррекция, направленная на индивида или сконцентрированная на семье.
4. Психокоррекция в форме индивидуальных или групповых занятий.
5. Психокоррекция как компонент клинической психотерапии в комплексном лечении нервно-психических заболеваний либо как основной и ведущий метод психологического воздействия на человека с отклонениями в поведении и социальной адаптации.

В отличие от психологического консультирования, при психокоррекции роль клиента или пациента оказывается не столь активной и даже чаще пассивной. Коррекция подразумевает выработку новых психологически адекватных и выгодных навыков в процессе специально разработанных тренинговых программ. Активность клиента или пациента заключается лишь в желании измениться, но отнюдь не в экзистенциальной работе над собой. Человек готов «вручить себя» клиническому психологу или психотерапевту для того, чтобы тот восполнил имеющиеся недостатки, исправил отклонения, привил новые умения и навыки. Даже если речь идет о психокоррекции личностных или характерологических свойств, то имеется в виду, что основным способом изменений и психологической помощи должен быть процесс научения эффективному принятию себя и реальности, а не философское осмысление своего места в мире, своих возможностей и способностей.

Психокоррекция, в отличие от психологического консультирования, использует в качестве основных методов *манипулирование, формирование* и *управление* человеком, имея четкие представления об искомом состоянии, уровне развития психических функций или индивидуально-личностных качеств. Заданными оказываются эталоны и идеалы. Человек выступает в роли материала, из которого «лепится» оптимальный для него или идеальный для общества образ. Ответственность за психологические изменения ложится исключительно на психолога. Классическим является спектр манипулятивных методик: от советов Карнеги до нейролингвистического программирования и разнообразных тренингов (женского обаяния, личностного роста, сексуального тренинга и пр.).

В клинической психологии психокоррекция используется при выявляемых у клиента психологических проблемах, возникающих в связи с характерологическими, поведенческими девиациями и личностными аномалиями, а также при невротических психосоматических расстройствах. Выработка оптимальных навыков происходит в процессе тренингов, среди которых наиболее известны аутотренинг, поведенческая (бихевиоральная) терапия, нейролингвистическое программирование, психодрама, трансактный анализ (Э. Берн).

Аутогенная тренировка (аутотренинг) — методика, направленная на овладение навыками психической саморегуляции с помощью релаксационных способов. Под релаксацией (расслаблением) понимается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психофизиологической активностью, ощущаемое либо во всем организме, либо в любой его системе. В клинической психологии, особенно при психосоматических расстройствах и заболеваниях, используются такие разновидности, как собственно аутогенная тренировка с т. н. нервно-мышечной релаксацией и методика биологически обратной связи.

При **прогрессивной мышечной релаксации** происходит обучение человека контролированию состояния мышц и вызыванию релаксации (расслабления) в определенных группах мышц с целью снятия вторичного эмоционального напряжения. Аутогенная тренировка проводится в несколько этапов, направленных на освоение упражнений по ослаблению нервно-мышечного напряжения к конкретной мышце или группе мышц, с последующим становлением «привычки отдыхать».

Методика биологически обратной связи построена по принципу условно-рефлекторного закрепления навыка изменять свое соматическое состояние при контролировании его с помощью различных приборов (рис. 22).

В процессе тренинга пациент самостоятельно с помощью прибора контролирует биологическое функционирование своего организма (от скорости протекания элементарных биохимических реакций до сложных видов деятельности) и обучается изменять его, применяя различные способы саморегуляции. Выделяют следующие типы биологической обратной связи (А. А. Александров):

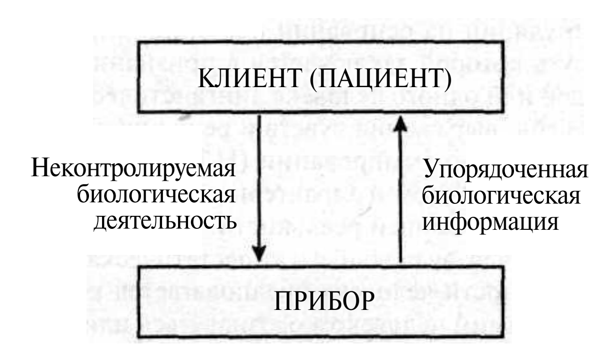


Рис. 22. Схема действия методики биологически обратной связи

1) электромиографическая биообратная связь;
2) температурная биообратная связь;
3) электрокожная биообратная связь;
4) электроэнцефалографическая биообратная связь.

При электромиографической биообратной связи происходит научение процессу расслабления конкретной мышцы или группы мышц, а также общей релаксации. Методика температурной биологической обратной связи позволяет обрести навыки расширения и сужения периферических сосудов, что приводит к изменению температуры конечностей и тела. Электрокожная биообратная связь дает возможность научиться контролировать кожно-гальванические реакции, влияя на симпатическую нервную активность. При электроэнцефалографической биообратной связи происходит формирование навыков изменения биоэлектрической активности головного мозга при помощи изменения соотношения волн различной частоты и в первую очередь увеличения альфа-активности для снижения уровня возбудимости и успокоения.

Поведенческая (бихевиоральная) психотерапия изобилует методиками, основанными на выработке условно-рефлекторной деятельности с целью купирования психопатологической симптоматики или навыков адекватных привычек взамен неадекватных, невротических. Наиболее известными методиками являются методики «систематической десенсибилизации» и «парадоксальной интенции», применяемые для лечения навязчивых страхов. При *«систематической десенсибилизации»* происходит погружение человека в ситуацию, вызывающую страх (воображаемую или реальную), с формированием новой адекватной реакции на ситуацию и затуханием старой болезненной. Методика, называемая *«парадоксальной интенцией»,* направлена на изменение отношения пациента к фобиям за счет «переворачивания» этого отношения и доведения ситуации до абсурда (при эрейтофобии, страхе покраснеть — научение настроить себя так: «Ну, покажи-ка всем, как ты умеешь краснеть. Пусть все увидят, как это тебе удается»). Задача парадоксальной интенции — лишить эмоционально негативного подкрепления страхов, заменив их на иронию и юмор.

Нейролингвистическое программирование представляет собой систему психологических манипуляций на основании изучения лингвистической метамодели человека, суть которой заключается в признании шаблонности для каждой группы людей или одного человека лингвистической системы познания мира и самого себя, выражения чувств и решения проблем. Для этого в нейролингвистическом программировании (НЛП) существует понятие модальности — наиболее типичном и характерном для индивида способе восприятия и отражения окружающей реальности. Выделяют три разновидности модальности: визуальная, аудиальная и кинестетическая. После выявления доминирующей модальности человека предполагается коррекция его поведения, которая может самим человеком осознаваться или не осознаваться. В первом случае можно говорить об управлении индивидом, во втором — о манипулировании им с помощью вербальных и невербальных методов. Цель

программирования — выработка определенной стратегии поведении, желательной для человека или окружения.

В рамках нейролингвистического программирования используется несколько техник: «якорение», «взмах», «взрыв», «метафора». Основным же считается «рефрейминг» — переформирование личности, придание ей новой заданной формы. В основе рефрейминга лежат следующие базовые положения нейролингвистического программирования:

1. Любой симптом, любая реакция, либо поведение человека изначально носят защитный характер и поэтому полезны; вредными они считаются только тогда, когда используются в несоответствующем контексте.
2. У каждого человека существует своя субъективная модель мира, которую можно изменить.
3. Каждый человек обладает скрытыми ресурсами, позволяющими изменить и субъективное восприятие, и субъективный опыт, и субъективную модель мира.

Рефрейминг осуществляется чаще всего в шесть этапов. На первом определяется симптом; на втором пациенту предлагается произвести своеобразное «расщепление» себя на части (здоровую и патологическую, представленную симптомом), вступить в контакт с частью, отвечающей за формирование и проявление симптома, и осмыслить механизм его возникновения; на третьем осуществляется отделение симптома от первоначального мотива (намерения); на четвертом — обнаружение новой части, способной удовлетворить это намерение иными путями, с «постановкой якоря» (ассоциативной связи между событиями или мыслями); на пятом и шестом — формирование согласия всего «Я» на новую связь.

В процессе **психодрамы** происходит разыгрывание человеком ролей с целью изучения внутреннего мира и выработки навыков оптимального социального поведения. Как правило, психодрама используется при наличии у индивида характерологических, коммуникативных девиаций и «комплекса неполноценности». Человек в процессе игровой деятельности усваивает стереотипы поведения в различных жизненных ситуациях, апробирует их, выбирает наиболее подходящие и тем самым преодолевает коммуникационные проблемы.

Трансактный анализ рассматривает личность человека как совокупность трех состояний «Я», условно названных Родитель, Взрослый и Ребенок. Суть их заключается в генетически запрограммированном паттерне поведения и проявлении эмоциональных реакций. Ребенок проявляет себя инфантильными чертами характера и отношения к реальности, Взрослый — признаками зрелой психической деятельности, а Родитель характеризуется наличием нормативных и оценивающих стереотипов поведения. Психологическое взаимодействие, с точки зрения Э. Берна, происходит в виде диадного контакта (трансакции) при использовании тех или иных ролей. Основная цельтрансактного анализа состоит в том, чтобы помочь индивиду понять особенности его взаимодействия с окружающими с помощью соответствующей терминологии и обучить его нормативному и оптимальному поведению.

Психотерапия

Психотерапия — это один из видов оказания психологической помощи и психологического воздействия на пациента с целью купирования психопатологической (в первую очередь невротической и психосоматической) симптоматики. Как было показано выше, психотерапия относится к сфере медицинской деятельности, поскольку: а) сочетает в себе психологические и обшемедицинские знания в отношении показаний и противопоказаний; б) накладывает на психотерапевта ответственность (в том числе уголовную) за ненадлежащее или несоответствующее (неквалифицированное) использование методов и способов психотерапии.

Целью психотерапии в узком понимании термина становится исцеление пациента от психопатологической симптоматики в рамках невротических, характерологических (личностных) или психосоматических расстройств. Выбор конкретной психотерапевтической методики зависит от ряда объективных и субъективных факторов. Среди объективных выделяются:

1) характер психопатологического симптома (синдрома);
2) этиопатогенез психических расстройств;
3) индивидуально-психологические особенности пациента.

Среди субъективных параметров важное значение придается: а) индивидуально-психологическим особенностям психотерапевта; б) широте его психотерапевтических знаний и навыков; в) ситуационным моментам (наличие времени и соответствующего места для проведения психотерапевтического сеанса).

Ориентация на выделенные клинические параметры обосновывается эффективностью тех или иных методик, практикуемых теми или иными психотерапевтами при определенных психических состояниях и процессах у пациента. Наиболее известными и распространенными психотерапевтическими методами являются: суггестивные (гипноз и иные формы внушения), психоаналитические (психодинамические), поведенческие, феноменологически-гуманистические (например, гештальттерапия), используемые в индивидуальной, коллективной и групповой формах.

Под **суггестивными методами** понимаются разнообразные психологические воздействия с помощью прямого или косвенного внушения, то есть вербального или невербального влияния на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям. Нередко внушение сопровождается изменением сознания пациента, созданием специфического настроя к восприятию информации со стороны психотерапевта. Оказание суггестивного воздействия подразумевает наличие у человека особых качеств психической деятельности: внушаемости и гипнабельности. *Внушаемость* — это способность некритично (без участия воли) воспринимать получаемую информацию и легко поддаваться убеждению в сочетании с признаками повышенной доверчивости, наивности и иных черт инфантилизма. *Гипнабельность* — это психофизиологическая способность (восприимчи-

вость) легко и беспрепятственно входить в гипнотическое состояние, поддаваться гипнозу, то есть изменять уровень сознания с формированием переходных между сном и бодрствованием состояний.

Выделяют три стадии гипноза: летаргическую, каталептическую и сомнамбулическую. При первой у человека возникает сонливость, при второй — признаки каталепсии — восковая гибкость, ступор (обездвиженность), мутизм, при третьей — полная отрешенность от реальности, снохождения и внушенные образы. Применение гипнотерапии является обоснованным при истерических невротических, диссоциативных (конверсионных) расстройствах и истерических личностных расстройствах.

Внушение, используемое в виде гетеросуггестии (внушения, производимого другим лицом) и аутосуггестии (самовнушения), направлено на снятие эмоциональных невротических симптомов, нормализацию психического состояния человека в кризисные периоды, после воздействия психических травм и как способ психопрофилактики. Эффективно применение суггестивных методов психотерапии для снятия психологических дезадаптивных типов реагирования индивида на соматическое заболевание. Используют косвенные и прямые способы внушения. При косвенном прибегают к помощи добавочного раздражителя.

Психоаналитическая психотерапия исходит из значимости бессознательного механизма формирования психопатологической симптоматики (невротической, психосоматической) и вследствие этого направлена на перевод бессознательных влечений в сознание человека, их переработку и отреагирование. В классическом психоанализе выделяются такие психотерапевтические методики, как *метод свободных ассоциаций, реакции переноса и сопротивления*. При применении метода свободных ассоциаций человек продуцирует поток мыслей, воспоминаний детства, не подвергая их анализу и критике, а психотерапевт-психоаналитик оценивает, рассортировывая в зависимости от значимости, стараясь выявить вытесненные из сознания патогенные детские переживания. Затем от пациента требуется отреагирование (катарсис) значимых переживаний с целью избавления от их негативного влияния на психическую деятельность. Сходным образом протекает процесс терапии при анализе сновидений, ошибочных действий (описок и оговорок) человека, за которыми, как считается в психоанализе, стоит символическое обозначение симптомов и проблем в связи с вытеснением их из сознания.

Основным показанием для применения психоаналитической психотерапии является *аналюируемостъ пациента* (феномен, сходный с гипнабельностью и внушаемостью в суггестивной психотерапии), зависящая от его личностных особенностей, в первую очередь от интенсивности мотивации на длительный процесс терапии, а также от способности снять контроль над своими мыслями и чувствами и способности к идентификации с другими людьми. К противопоказаниям относят истерические личностные расстройства.

Из феноменологически-гуманистического направления психотерапии, также близкого к психологическому консультированию, наиболее технически разработанной является гештальттерапия. К основным методикам

гешальттерапии относятся: упражнения, направленные на расширение осознания с использованием принципа «здесь и теперь»; формирование завершенных гештальтов с помощью интеграции противоположностей; работа с мечтами и др.

Психофармакотерапия

Психофармакотерапия — это лечение психических расстройств и заболеваний, поведенческихдевиаций с использованием психотропных лекарственных средств. Для коррекции поведенческих расстройств в рамках расстройств личности (в прежней терминологии — психопатий) и разнообразных девиаций используются следующие группы психотропных препаратов:

1) нейролептики (антипсихотики);
2) транквилизаторы (анксиолитики);
3) антидепрессанты;
4) психостимуляторы;
5) ноотропы (церебропротекторы);
6) нормотимики (стабилизаторы настроения).

Основные принципы применения психотропных препаратов — симптомо- и нозоцентризм. Каждое из лекарственных средств имеет свои показания и противопоказания в зависимости от выявляемых психических расстройств, относящихся к различным группам.

Нейролептики используются в психологии девиантного поведения для купирования психопатологического типа девиаций при таких формах отклоняющегося поведения, как агрессивное поведение в виде эксплозивного, психоорганического, кататонического, гебефренического, параноидного (галлюцинаторно-параноидного), паранойяльного, парафренного, делириозного, сумеречного расстройства сознания. Например, обоснованным считается применение нейролептиков при девиантном поведении на базе бреда ревности. Основным показанием для применения нейролептиков, называемых по-другому антипсихотиками, является психотический уровень психических расстройств, характеризующийся грубой дезорганизацией деятельности человека вплоть до антисоциальных действий, нарушением продуктивного контакта с реальной действительностью и отсутствием критичности к своему поведению.

Особую группу препаратов нейролептического ряда составляют т. н. «корректоры поведения». Они применяются для снятия психомоторного возбуждения и упорядочения поведения лица с грубыми психопатическими (личностными) расстройствами при условии, что иными психологическими способами и методами купировать их не удается.

К *транквилизаторам* относят препараты, основным эффектом от применения которых является нормализация эмоционального состояния человека. Второе название транквилизаторов — анксиолитики — указывает на базисный спектр их действия, а именно, купирование симптомов тревоги, страха,

а также раздражительности и эмоциональной лабильности. Если нейролептические средства для терапии девиантных форм используются редко, то к транквилизаторам прибегают часто.

Группа психотропных препаратов, названная *антидепрессантами,* используется не только для лечения депрессивных состояний и, в частности, аутистического и суицидального поведения. Спектр ее действия значительно шире. В настоящее время антидепрессанты используются при таких поведенческих девиациях, как расстройства привычек и влечений (трихотилломания, пиромания, клептомания и др.), нарушения пищевого поведения (анорексия и булимия).

Психостимуляторы используются с целью активизировать психическую и физическую деятельность как больных, так и здоровых. Показаниями для них служат в первую очередь астенические состояния. Группа *ноотропных препаратов* характеризуется избирательным действием на интеллектуальную продуктивность.

Нормотимики (тимоизолептики) — это препараты, обладающие способностью предупреждать резкие колебания настроения (от состояний эйфории до депрессии). Основной терапевтической мишенью для нормотимиков считается биполярные аффективные расстройства (в прежней терминологии — маниакально-депрессивный психоз). Для лечения девиантных форм поведения нормотимики используются в сексологической практике (при сексуальных девиациях).

МЕТОДЫ И СПОСОБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ТЕРАПИИ ДЕВИАЦИЙ ПОВЕДЕНИЯ

Агрессивное поведение

При обнаружении и диагностике различных по структуре разновидностей агрессивного девиантного поведения предлагается использование разных способов и методов коррекции и терапии. Психопатологический тип девиантного поведения с преобладанием агрессивных по форме тенденций диктует необходимость применения нейролептиков и транквилизаторов. Наиболее часто используются такие *нейролептические средства,* как: аминазин, или хлорпромазин (в дозе до 300—600 мг в сутки); галоперидол (до 20—40 мг в сутки); азалептин, или клозапин, или лепонекс (до 300 мг в сутки); тизерцин, или левомепромазин (до 100 мг в сутки); трифтазин, или трифлуоперазин, или стелазин, или тразин (до 60 мг в сутки); клопиксол, или зуклопентиксол (до 50 мг в сутки); неулептил, или перициазин (до 50 мг в сутки); топрал, или сультоприд (до 800 мг в сутки); тиоридазин, или сонапакс, или меллерил (до

80 мг в сутки); тиаприд (до 300 мг в сутки); мажептил, или тиопроперазин (до 40 мг в сутки); модитен-депо, или флуфеназин (до 10 мг в сутки); хлорпротиксен (до 100 мг в сутки). Психофармакотерапия с использованием нейролептиков показана при агрессивном поведении лишь в случаях обнаружения психотического уровня психических расстройств. *Транквилизаторы* также могут использоваться, но чаще при непсихотическом уровне агрессивного поведения в виде раздражительности, гневливости, несдержанности и пр. в рамках психопатологической симптоматики. Рекомендуют такие препараты, как: седуксен, или реланиум, или сибазон, или диазепам (до 30 мг в сутки); феназепам (до 10 мг в сутки); элениум, или хлордиазепоксид (до 30—50 мг в сутки); нозепам, или оксазепам, или тазепам (до 20-40 мг в сутки).

Считается, что до определенной степени эффективным в коррекции агрессивности человека может оказаться тактика запретов и наказаний. Она показана лишь при диагностике делинквентного и криминального типа поведенческой девиации, и ее применение при иных типах научно не обосновано и бессмысленно. Страх наказания не способен изменить аддиктивное, патохарактерологическое или психопатологическое агрессивное поведение.

Одним из приоритентных и эффективных способов *психокоррекции агрессивного поведения* считается тренинг социальных умений. К нему прибегают в случае добровольного желания клиента избавиться от афессивных паттернов поведения, обучиться сдержанности. По данным Р. Бэрон и Д. Ричардсон, тренинг социальных умений при агрессивном поведении заключается в следующих процедурах:

1) моделирование, предполагающее демонстрацию лицам, не имеющим базовых социальных умений, примеров адекватного поведения;
2) ролевые игры, предлагающие представить себя в ситуации, когда требуется реализация базовых умений, что дает возможность на практике проверить модели поведения, которым испытуемые обучились в процессе моделирования;
3) установление обратной связи — поощрения позитивого поведения («позитивное подкрепление»);
4) перенесение навыков из учебной ситуации в реальную жизненную обстановку.

Методы психологического консультирования или психотерапии при агрессивном поведении являются значительно менее эффективными по сравнению с психокоррекционными мероприятиями.

Аутоагрессивное поведение

Аутоафессивное поведение в виде суицидальных тенденций часто базируется на неспособности личности разрешить какую-либо жизненную ситуацию, внутриличностный конфликт и протекает, как правило, на депрессивном фоне настроения. Вследствие этого коррекция и терапия суицидального

поведения должна быть комплексной и включать в себя как психологическое воздействие, так и *психофармакологическую поддержку.* Наиболее эффективный фон для проведения психологического воздействия создается с помощью антидепрессантов: амитриптиллина, или амизола, или триптизола, или эливела (в дозе до 200 мг в сутки); анафранила, или кломипрамина (до 50 мг в сутки); людиомила, или мапротилина (до 150 мг в сутки); миансерина, или леривона (до 60 мг в сутки); аурорикса (600 мг в сутки); азафена, или пипофезина (до 200 мг в сутки); коаксила, или тианептина (до 40 мг в сутки); феварина (до 200 мг в сутки); прозака, или флуоксетина (до 40 мг в сутки); паксила (до 50 мг в сутки). При наиболее глубоких психотического уровня депрессиях применяют: меллипрамин, или имипрамин (до 100 мг в сутки); золофт, или сертралин (80 мг в сутки). Некоторые ученые считают, что более правильным для купирования депрессивной симптоматики у человека с суицидальными намерениями является использование не антидепрессантов, а транквилизаторов, обладающих нормализующим настроение эффектом.

Из приоритетных, обоснованных и наиболее эффективных способов психологической помощи лицам с суицидальным поведением можно считать *психологическое консультирование,* подразумевающее воздействие на личностную базу индивида с целью разрешения его экзистенциальных проблем. Подобный подход диктуется тем фактом, что, как правило, сердцевиной суицидального поведения является экзистенциальный кризис в виде кризиса бессмысленности. Следовательно, основной метод терапии и коррекции суицидального отклоняющегося поведения — *экзистенциальная психотерапия,* включающая и логотерапию. Основной целью экзистенциальной психотерапии считается обретение человеком утраченного смысла жизни в процессе консультирования. Процедура консультирования включает в себя совместные размышления психолога (психотерапевта) и суицидента на тему смысла жизни с целью нахождения чего-то, что могло бы заполнить «экзистенциальный вакуум». Делается попытка доказать и убедить клиента в том, что «никакого смысла, никакого великого замысла Вселенной, никаких направляющих жизненных ориентиров жизни не существует, за исключением тех, которые создает сам индивид» (И. Ялом) и даже «страдание может иметь смысл, если оно меняет человека к лучшему» (В. Франкл). Главным психотерапевтическим ответом на бессмысленность существования, в частности в условиях суицидального поведения индивида, по мнению И. Ялома, является параметр вовлеченности.

Учитывая большую социальную значимость девиантного поведения в виде **злоупотребления веществами, изменяющими психическое состояние человека,** имеется огромное количество подходов к решению данной проблемы. Их можно разделить на медико-биологический и психологический. Первый исходит из представления о том, что основа поведенческих девиаций в виде алкогольной и наркотической зависимости — психофизиологическое функционирование (нарушения деятельности определенных отделов головного мозга) и, следовательно, приоритентным является психофармакотерапия или иные биологические и химические способы воздействия на деятельность моз-

га. Второй подход базируется на представлении о сущностной значимости личностных (не организменных) деформаций в возникновении, а значит, психологической корреции и терапии алкогольной и наркотической зависимостей.

Зависимость от психоактивных веществ

С точки зрения Н. Н. Иванца, разделяющего позицию о биологической детерминации **алкогольной и наркотической зависимостей,** тактика их лечения должна строиться с учетом патогенетических механизмов формирования зависимости от психоактивных веществ. Психофармакотерапевтическому купированию пациенты должны подвергаться не только на этапе формирования терапевтической ремиссии, но и на этапе интоксикации, острой абстиненции и постабстинентных расстройств. В период, когда не отмечается признаков интоксикации и абстиненции, но возможно появление псевдоабстинентных состояний, способных спровоцировать рецидив девиантного поведения, предлагается использовать такие группы психотропных веществ, как антидепрессанты, нейролептики, антиконвульсанты и транквилизаторы. Считается, что основой психофармакотерапии должны быть *антидепрессанты,* применяемые в зависимости от доминирования той или иной депрессивной симптоматики: амитриптиллин (в дозе до 200 мг в сутки); мелипрамин (до 100 мг в сутки); леривон (до 90 мг в сутки); людиомил (до 150 мг в сутки), коаксил (до 40 мг **в** сутки). Наряду с антидепрессантами, хороший эффект отмечается при использовании *нейролептиков* (эглонила в дозе до 400 мг в сутки и карбидина в дозе до 100 мг в сутки), онтм/сонв>'льсд«тов(финлепсинавдозедо600мгвсутки и конвулекса в дозе до 600 мг в сутки), а также *транквилизаторов* (грандаксина в дозе до 150 мг в сутки и мебикара в дозе до 900 мг в сутки).

В рамках психологической парадигмы коррекции и терапии девиантного поведения выделяется несколько аспектов. Упор делается, во-первых, на индивидуальный или групповой (в том числе семейный) подход; во-вторых, на следующие способы: консультативный, коррекционный (тренинговый) или психотерапевтический (суггестивный).

Главной мишенью психологического воздействия при работе с больными **алкоголизмом** является психологическая зависимость от алкоголя, влечение к употреблению спиртных напитков. По мнению большинства исследователей, психологическая коррекция влечения к алкоголю происходит комплексно и на различных уровнях психической деятельности. На когнитивном уровне это преодоление анозогнозии, на уровне самосознания — влияние на самооценку и самоуважение, на эмоциональном — комплексное лечение аффективных нарушений, на уровне поведения — изменение стиля и образа жизни и воздействие на среду пациента, на мотивационном — создание и укрепление мотивов, альтернативных по отношению к патологическому влечению к алкоголю.

Из индивидуальных методик психотерапии отклоняющегося поведения в виде алкогольной зависимости наибольшее распространение имеет метод суг-

гестивного воздействия в форме *эмоционально-стрессовой психотерапии* (различные виды и формы т. н. «кодирования»), носящей либо непосредственный (директивный), либо опосредованный характер. В связи с низкой эффективностью терапии алкоголизма с помощью традиционных для наркологической практики методов и способов (условно-рефлекторной психотерапии, аверсивной терапии) лидирующую позицию начинает занимать система опосредованной психотерапии. Под опосредованной психотерапией понимается «комплекс разнообразных манипуляций (от ритуальных до хирургических), несущих особую психологическую нагрузку, направленную на повышение внушаемости при выработке и закреплении в сознании больного определенной лечебной установки —терапевтической доминанты» (А. Г. Гофман, А. Ю. Магалиф). В основе опосредованной психотерапии алкоголизма лежит комплекс запретительных мер, нацеленных на выработку у пациента опасения неминуемых тяжких расстройств здоровья в случае возвращения к употреблению спиртных напитков. К этой группе терапевтических мероприятий относятся такие, ставшие известными методы, как метод «кодирование» по А. Р. Довженко в различных модификациях, акупунктура, «Торпедо», «Пролонг-2» и другие.

Наряду с некоторыми положительными сторонами перечисленных методик, например быстротой процедуры («критерий одномоментности»), возможностью амбулаторного лечения и даже «терапии на дому» за годы их практикования обнаружились и существенные негативные проявления. В первую очередь обращает на себя внимание негуманность подхода к терапии больных алкоголизмом, оправдываемая тем, что «глубинный уровень психической зависимости от алкоголя делает недостаточно эффективным использование моральных контрмотивов купотреблению спиртного». Однако, по нашему мнению, приведенное оправдание не вполне корректно, и негуманность практикуемых терапевтом методов не может обосновываться трудностями при использовании в терапии алкоголизма моральных качеств больного.

Подавляющее большинство методик опосредованной психотерапии алкоголизма по сути своей использует аверсивный принцип — вызывание отвращения к употреблению спиртных напитков. Если при классической аверсивной терапии у пациента формируют страх перед соматическими последствиями употребления алкоголя, то при опосредованной психотерапии — страх перед нарушением наложенного табу и возможными психическими осложнениями, что приводит к частому возникновению ятрогенных невротических расстройств и вторичных девиаций поведения. К недостаткам вышеуказанных психотерапевтических методов можно отнести и широко используемое шоковое (нередко сопряженное с болевым) воздействие в момент кодирования, а также третирование больных в связи с болезнью. В том же ряду находится и поддержание, а зачастую и продуцирование мифологического мышления пациентов, убеждаемых, что «в их мозг вводится материализованный код, способный сдерживать пагубное пристрастие».

Обнаружение негативных проявлений опосредованной психотерапии алкоголизма стимулировало нас к созданию методики, которая могла бы избе-

жать их при сохранении положительной стороны способа. С этой целью был разработан (В. Д. Менделевич, Е. А. Сахаров, Д. А. Авдеев) и апробирован метод, названный «Цереброфотопрограммированием» (ЦФП). Способ можно отнести к одному из вариантов физиотерапевтического плацебо. Суть его заключается в создании установки на снятие психического и физического влечения к алкоголю (а не в формировании страха перед употреблением спиртных напитков) с помощью определенной психотерапевтической стратегии. В качестве средства — плацебо в рамках ЦФП используется процедура электроэнцефалографии с фотостимуляцией. Теоретическое осмысление методики ЦФП показывает, что достижению терапевтической эффективности в первую очередь способствует гуманистическая платформа лечения алкоголизма, не провоцирующая страха перед возможным срывом, но опирающаяся на добрую волю пациента. Терапевтический успех достигается недирективностью взаимоотношений врач—больной, в которых каждая сторона принимает на себя определенную долю ответственности за результат: врач обязуется купировать зависимость от алкоголя, пациент — выработать убедительную для него и его пьющего окружения мотивацию отказа от спиртного. Особо тщательно обсуждается проблема заполнения освободившегося от алкоголизации времени иной деятельностью. Принципиально важным в методике ЦФП можно считать принцип «пустого смыслового (информационного) поля» — врач объясняет процедуру ЦФП только в общих чертах, избегает прямых формулировок, стремясь уйти от формирования нового мифологического мышления пациента. Таким образом, «цереброфотопрограммирование» можно считать высокоэффективным и гуманистически ориентированным способом психотерапии девиантного поведения в форме алкогольной зависимости.

Традиционно в лечении алкогольного девиантного поведения психотерапевт выбирает для работы один из следующих стилей: директивное руководство, сопереживающее руководство и эмоционально-нейтральное партнерство. Как показывают исследования, эффективность терапии зависит от этнокультурной специфики.

Одним из распространенных психологических подходов в терапии алкогольной зависимости считается групповая психотерапия, использующая феномен группового давления. Групповая психотерапия располагает значительными возможностями для преодоления алкогольной анозогнозии, разрешения или ослабления внутриличностных конфликтов и трудностей межличностного взаимодействия.

Поданным И. В. Бокия и С. В. Цыцарева, целесообразно проведение групповой психотерапии в два этапа. На первом этапе проводится работа с отношением к болезни, в центре внимания второго этапа — межличностные и интрапсихические проблемы. Особое внимание уделяется повышению самооценки и самоуважения участников группы. Среди применяемых в групповой психотерапии методик можно выделить свободную дискуссию, проективные рисунки, ролевые игры, психогимнастику. Оптимальная численность группы — от 8 до 14 человек. Состав группы не меняется на протяжении всего

хода лечения (закрытые группы). В группы не рекомендуется включать больных старше 50 лет и ведущих антисоциальный образ жизни. Продолжительность одного занятия составляет 1,5—2 часа. В стационарных условиях группа может работать 4—5 раз в неделю, в амбулаторных — 2 раза в неделю.

Считается, что эффективность групповой психотерапии во многом определяется личностной и профессиональной позициями психотерапевта. Поведение и эмоциональные проявления ведущего группы оказываются моделью, на основе которой строятся взаимоотношения больных в группе. Оптимальной тактикой психотерапевта принято считать недирективное, поддерживающее поведение с элементами руководства. Врач не может предлагать больным готовых решений.

Семейная психотерапия алкогольной зависимости строится на базе убежденности в том, что алкоголизм — это семейная проблема. Она направлена на формирование у членов семей алкоголиков правильного отношения к заболеванию и лечению больного, ослабление у них невротической симптоматики, изменение системы внутрисемейного взаимодействия. Важная задача семейной психотерапии при алкоголизме — анализ и разрушение патологических и манипулятивных взаимоотношений больных с их ближайшими родственниками.

Один из наиболее распространенных способов групповой психотерапии алкогольной зависимости — терапия, названная «12 шагов» и входящая в структуру общественного движения «Анонимные алкоголики» (АА). Отличительной особенностью программы «12 шагов» является то, что она использует нравственный и даже духовный подход и формирование религиозности в качестве одного из терапевтических приемов. Программа включает в себя следующиие этапы и принципы:

1. Признание бессилия перед алкоголем, факта потери контроля над своей жизнью. Человек должен капитулировать, без чего не может начаться процесс выздоровления.
2. Признание того, что помочь выздороветь может только сила, более могущественная, чем сам больной. Это позволяет алкоголику избавиться от ощущения себя центром мироздания и связанных с этим гнетущих обязанностей.
3. Решение перепоручить свою волю и свою жизнь Богу, как они его понимают.
4. Добросовестный и искренний анализ себя и своей жизни с нравственной точки зрения. Это позволяет определить меры, направленные на достижение желаемых изменений в своей жизни.
5. Искреннее, похожее на исповедь признание перед Богом, самим собой и другими людьми своих заблуждений. Это избавляет человека от чувства одиночества, позволяет надеяться на прощение со стороны других людей, что открывает возможность примирения с самим собой.
6. Этап подготовки к дальнейшим изменениям, к избавлению от собственных слабостей. Полное совершенство едва ли достижимо, но стремление к нему дает возможность самосовершенствоваться.

7. Этап, во время которого культивируется смирение. Это создает фундамент для полной капитуляции, подготовка к которой проводилась ранее.
8. Составление списка людей, перед которыми есть чувство вины. Готовность искупить вину перед ними.
9. Шаг конкретных действий, который помогает упорядочить отношения с окружающими. По возможности — реальное возмещение ущерба, причиненного конкретным людям.
10. Углубление самоанализа, ежедневное подведение итогов своего поведения, осмысление своих слабых и сильных сторон.
11. Молитвы и размышления с целью углубить соприкосновение с Богом. Еще раз подчеркивается духовный аспект программы.
12. Активное оказание помощи другим участникам сообщества. Воспитывает чувство самоуважения, без чего алкоголик не в состоянии достичь полной трезвости.

М. Е. Бурно предложена методика, названная психотерапией творческим самовыражением для лечебно-профилактической работы с группами риска в отношении алкогольной и наркотической зависимостей. Она включает: 1) терапию созданием творческих произведений (литература, музыка, живопись, графика, фотографирование, исполнительское творчество, вязание, вышивание, чеканка и т. д.); 2) терапию творческим общением с природой; 3) терапию творческим коллекционированием; 4) терапию проникновенно-творческим погружением в прошлое; 5) терапию ведением дневника и записных книжек; 6) терапию творческими путешествиями; 7) терапию с помощью переписки с врачом, письма которого носят психотерапевтический характер.

В терапии и коррекции **наркотической зависимости** часто используются сходные с лечением алкогольной зависимости методы и способы. Однако можно утверждать, что если медикаментозные стратегии купирования физической зависимости от психоактивных веществ (алкоголя и наркотиков) идентичны (способы суггестивной психотерапии и психофармакотерапия), за исключением заместительной терапии, то психологические стратегии снятия психологической зависимости нередко кардинально разнятся. Это может говорить о существенной разнице между психологическими механизмами формирования алкогольно и наркотически зависимого поведения. Одной из таких особенностей можно считать тенденцию к возникновению наркозависимости по механизмам аддиктивного поведения, а алкогольной зависимости — патохарактерологического. Вторая особенность — это признание наркозависимости семейным аддиктивным паттерном.

Основным мотивом личностей, склонных к аддиктивным формам поведения, является активное изменение не удовлетворяющего их психического состояния, которое рассматривается ими чаще всего как «серое», «скучное», «монотонное», «апатичное». Такому человеку не удается обнаружить какие-либо сферы деятельности, способные надолго привлечь его внимание, увлечь, обрадовать или вызвать иную существенную и выраженную эмоциональную

реакцию. Жизнь видится ему неинтересной в силу ее обыденности и однообразия. Он не приемлет того, что считается в обществе нормальным: необходимости заниматься какой-нибудь деятельностью, соблюдать какие-то принятые в семье или обществе традиции и нормы. Можно говорить о том, что у индивида с аддиктивной нацеленностью поведения значительно снижена активность в обыденной жизни, наполненной требованиями и ожиданиями. При этом аддиктивная активность носит избирательный характер — в тех областях жизни, которые, пусть временно, но приносят человеку удовлетворение и вырывают его из мира эмоциональной стагнации (бесчувственности), он может проявлять недюжинную активность для достижения цели.

Исследования (В. Д. Менделевич, Б. Д. Менделевич) семей, в которых у одного из членов выявлялась наркотическая зависимость, показывают, что аддиктивные формы поведения присуши не только пациенту (наркоману), но и, как правило, одному из родителей (чаще отцу). Аддиктивное поведение у родственника наркомана, согласно нашим исследованиям, выражается в трудоголизме (38,7% случаев), сверхценных увлечениях, в частности, «паранойе здоровья» (22,6% случаев), алкогольной зависимости (16,1% случаев), гемблинге (12,9% случаев), религиозном фанатизме (9,7% случаев).

Учитывая научные факты, можно утверждать, что основные методы коррекции и терапии девиантного поведения в форме наркозависимости — *экзистенциальная и семейная психотерапия*. Кроме них, активно используются такие методики, как нейролингвистическое программирование и эриксоновский гипноз, гештальтпсихотерапия и др.

В основу экзистенциального подхода в психотерапии наркотической зависимости положено разрешение базисных экзистенциальных конфликтов личности, связанных с проблемами: 1) осмысленности и бессмысленности существования; 2) жизни и смерти; 3) изоляции от общества и вовлеченности в общение с людьми; 4) свободы, ответственности, воли и несвободы, зависимости и безволия. Условиями терапии становятся:

1) принятие пациента таким, какой он есть (что подразумевает эмпатийность, беспристрастность, отказ от позиции осуждения и даже оценки употребления наркотиков);
2) искренность (истинное желание помочь пациенту осознать собственные проблемы, найти способы их решения, а не манипулирование им);
3) позитивный взгляд на возможность избавления от наркотической зависимости в каждом конкретном случае.

Процесс психологического консультирования включает в себя совместные размышления психотерапевта (психолога) и наркозависимого об экзистенциальных кризисах, обусловленных неразрешенностью одного из перечисленных базисных конфликтов. При психологической коррекции наркозависимости в игровых условиях происходит моделирование фрустрирующих житейских ситуаций, в которых испытуемый должен сориентироваться и адекватно отреагировать. Важным становится выработка навыков коммуникативной компетентности и толерантности. Экзистенциальная психотерапия в сво-

ей деятельности исходит из положения о том, что «терапия может быть причиной личностного изменения лишь постольку, поскольку она приводит пациента к принятию нового способа поведения» (А. Велис).

При анализе экзистенциальной *проблемы смерти* упор делается на постулат о том, что «существование не может быть отложено». Изучается концепция жизни и смерти, существующая у наркозависимого, исходя из уравнения: «Удовлетворенность жизнью обратно пропорциональна страху смерти» (И. Ялом). Изучается иерархия ценностей пациента, делается попытка показать относительность любой ценности.

Наиболее важным моментом в процессе экзистенциальной психотерапии девиантного поведения в форме наркотической зависимости является разработка *проблемы осмысленности и бессмысленности существования,* которая направлена на разрешение одного из наиболее значимых и сущностных кризисов наркомана — кризиса бессмысленности. Можно утверждать, что наиболее частый мотив включения наркотика в систему ценностей человека и становления наркотического поведения — ощущение бессмысленности существования. Кризис бессмысленности способен формировать аддиктивный тип девиантного поведения, так как именно при нем отмечается стремление уйти от реальности (то есть от отсутствия осмысленности собственной жизни) путем искусственного изменения своего психического состояния. Проблема поиска смысла жизни включает рассуждения о существовании космического и личного смысла жизни. Под первым подразумевается некий замысел, существующий вне и выше личности и обязательно предполагающий какое-либо магическое или духовное упорядочение Вселенной. Некоторые психотерапевтические методики (например, программа «12 шагов») делают упор именно на этот аспект терапии. Экзистенциальная психотерапия не носит духовного характера, несмотря на то что придает важное значение нравственному совершенствованию человека. Принципом же данного вида терапии является утверждение о том, что жизненные смыслы лежат не вне, а внутри человека, что только сама личность способна творить смыслы, то есть быть смыслопорождающим субъектом. Основой же осмысленности жизни является, наряду с интеллектуальным, нравственным, телесным и материальным совершенствованием, понятие вовлеченности в жизнь. Под вовлеченностью понимается включенность человека в любую практическую деятельность, реальную активность в преобразовании мира, близкого окружения и самого себя.

Существующий *гедонистический парадокс:* чем больше мы намеренно ищем удовольствия, тем больше оно от нас ускользает, — может решаться двояко. Во-первых, так, как предлагает В. Франкл: «Удовольствие является побочным продуктом смысла, и поэтому искание следует посвятить не поиску удовольствий, а поиску смысла». Во-вторых, по предложению И. Ялома, «смысл, как и удовольствие, должен преследоваться косвенно, а ощущение осмысленности и удовлетворенности является побочным продуктом вовлеченности».

Стремление наркомана с психологической зависимостью получить удовольствие, испытать эйфорию, «кайф», можно рассматривать как стремление

избежать кризиса бессмысленности существования и подобным искусственным путем получить (а не создать) смысл. Основой психотерапевтической работы с наркозависимыми должен стать принцип вовлеченности.

Не менее важны в терапии наркотической зависимости и купирования девиантного поведения групповые психотерапевтические стратегии, направленные на *формирование ответственности.* Они включают принятие пяти следующих убеждений-осознаний (И. Ялом):

1. Осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо.
2. Осознание того, что в конечном счете не избежать какой-то части жизненных страданий и смерти.
3. Осознание того, что, какова бы ни была близость с другими людьми, все равно я должен справляться с жизнью в одиночку.
4. Встреча с базовыми вопросами моей жизни и смерти, благодаря которым я могу теперь проживать свою жизнь более честно и меньше вовлекаться в тривиальности.
5. Осознание того, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства получаю от других.

Проблема ответственности сопряжена с проблемой *локуса контроля.* Известно, что у наркоманов преобладает экстернальный (внешний) локус контроля. Такие девианты склонны верить в существование внешнего контроля их поведения, убеждены, что во многих обстоятельствах их жизни и в том, как они на них реагировали, всецело повинны другие люди, везение или случай. Чем выше уровень субъективного контроля, тем более ответственен индивид за себя и за события, происходящие с ним. Особо ярко внешний локус контроля наркомана обнаруживается в процессе обращения за помощью в избавлении от зависимости. Он склонен искатьспособы терапии, ответственность за результативность которых лежит на враче (психологе), и часто не согласен принять на себя часть ответственности за излечение.

Необходимость и обоснованность применения *семейной психотерапии* в коррекции девиантного наркозависимого поведения связана с доказанным существованием семейных аддиктивных паттернов поведения, способствующих формированию подобного поведения. Семейная психотерапия подразумевает терапию всей семьи, становление в ней оптимальных взаимодействий, формирование саногенных паттернов поведения, коммуникативной компетентности и толерантности.

По мнению В. И. Петрова, в психотерапевтической работе с наркоманами можно выделить следующие особенности:

^недопустимость авторитарной позиции специалиста, оказывающего помощь. Наркоман может отказаться от лечения, если психотерапевт будет выступать в роли судьи или моралиста;

2) для установления хорошего психологического контакта с пациентом необходимо знание многочисленных проблем наркомании. Фармакологическое действие наркотиков и других психоактивных веществ, нра-

вы, обычаи, субкультура наркоманов — все эти вопросы не должны быть тайной для специалиста, работающего с наркоманами;

3) постепенность реабилитационных мероприятий. Отказ от употребления наркотиков — только начало длинного и трудного пути. Человек не может изменить привычный образ жизни сразу. Наркотики занимали огромное место в жизни пациента. Необходимо время и терпение, чтобы образовавшаяся пустота заполнилась чем-то другим;

В психологической коррекции и психотерапии девиантного наркозависимого поведения, наряду с другими методами, используется нейролингвистическое программирование и эриксоновский гипноз. В соответствии с постулатами НЛП, поведение человека основывается на бессознательных мотивах, которые опосредуются тремя репрезентативными системами: визуальной, аудиальной и кинестетической. Считается, что патологические психические и поведенческие проявления часто центрируются в кинестетической системе. Основной методический прием снятия болезненных симптомов по системе нейролингвистического программирования — т. н. «разрушение (нейтрализация) якорей». Вначале ставится положительный «якорь» на какое-либо приятное чувство девианта, затем отрицательный — на неприятное, негативное. После этого производится их удаление путем одновременного включения положительного и отрицательного «якорей», что приводит к нейтрализации отрицательного «якоря» и снятию симптома— зависимости. В НЛП предполагается, что «разрушение якорей» способно привести к купированию наркотической зависимости. Еще одна техника — рефрейминг, цель которого заключается в «попытке договориться с тайной частью подсознания, которая отвечает за шаблон поведения, о возможности прекращения этого нежелательного поведения» (Д. Гриндер, Р. Бендлер). В основе рефрейминга лежит различие между поведением и намерением.

Эриксоновский гипноз в терапии наркомании использует косвенные внушения втрансовом состоянии человека, избегая произношения прямых эмоционально значимых слов («наркотик», «героин» и т. д.). Следует отметить, что эффективность суггестивных и краткосрочных методов психотерапии в лечении наркотической зависимости, в отличие от лечения алкоголизма, бывает довольно низкой.

Один из этапов коррекции первичного и вторичного наркотического поведения — профилактическая работа. Наиболее эффективной в настоящее время считается *программа формирования жизненных навыков* (ФЖН). Цель программы — привитие навыков здорового образа жизни, адекватных стереотипов поведения и сопротивления потреблению психоактивных веществ. В задачи программы входит: 1) развитие социальной и личностной компетентности детей; 2) выработка навыков самозащиты и предупреждения возникновения проблем. Решение каждой из этих задач предполагает формирование определенных социально-психологических навыков:

1) обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, принятия решений, выработки адекватной самооценки;

2) обучение навыкам «постоять за себя», избегать ситуаций неоправданного риска, делать рациональный, здоровый жизненный выбор;
3) усвоение навыков регуляции эмоций, избегания стрессов, разрешения конфликтов.

Пищевое поведение

Психологическая коррекция и терапия нарушений пищевого поведения включают в себя использование как психофармакотерапии, так и комплекса психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. В фармакотерапии девиантного поведения на базе **анорексии** эффективными считаются *антидепрессанты* (амитриптиллин, мелипрамин, коаксил, азафен, анафранил, феварин — дозировка зависит от нозологической принадлежности расстройства, сопутствующих симптомов, а также от соматического состояния пациента) и *нейролептики* (трифтазин, сонапакс, терален). При **булимическом поведении** эффективными также считаются антидепрессанты (амитриптиллин, коаксил, а также прозак в дозах до 60 мг в сутки).

Приоритетными и эффективными психологическими методами коррекции и терапии нарушений пищевого поведения считаются *семейная психотерапия и групповые формы психотерапии*. Первая направлена на восстановление измененных семейных взаимоотношений, вторая — на коррекцию самооценки.

Большинство исследователей отмечают значимость и обоснованность применения при нарушениях пищевого поведения семейной психотерапии в связи с тем, что семьям таких больных присущ ряд закономерностей и деформаций, требующих коррекции. В частности, отмечается, что матери аноректиков, как правило, обладают чертами властности, деспотичности. Они склонны подавлять волю детей и лишают их всякой инициативы. По мнению М. В. Коркиной, такие матери отличаются также «большим аффективным зарядом с высоким уровнем самоутверждения и честолюбия». Отцы же, наоборот, обладают прямо противоположными чертами характера: они неактивны, малодушны, мрачны, необщительны, в семье находятся на вторых ролях. Некоторые авторы (А. Баракай, Л. Ленджер) отмечают, что в таких семьях нередки отцы-самодуры, деспоты. Существует также мнение, что подросткианоректики «уходят в болезнь» с целью обратить на себя внимание вечно ссорящихся родителей.

Значимыми семейными паттернами в формировании девиантного пищевого поведения считаются традиции отношения к пище и ритуалы питания. В частности, возможно чрезмерное (сверхценное) внимание к пище с традициями насильственного кормления. Считается, что в семьях большинства больных имеет место «культ еды либо подчеркнутое пренебрежение к ней». Кроме того, в таких семьях постоянно ведутся разговоры о «некрасивости полноты», «утонченности вкуса». Пища нередко становится в семье единственным средством коммуникации с родителями, вследствие чего матери боль-

ных рассматривают отказ детей от приема пищи как личное оскорбление (С. Г. Фрациер, К. Шультце, П. Лэмбли). В рамках семейной психотерапии (консультирования) нарушений пищевого поведения упор делается на анализ и исправление патогенных традиций отношения к питанию и еде. Терапия проводится в виде бесед и разборов типовых семейных ситуаций.

Коррекция самооценки — один из значимых методов восстановления адекватного самовосприятия и самопринятия, формирования правильной «Я-концепции» улиц с нарушениями пищевого поведения в виде анорексии и булимии. Однако следует помнить о том, что подобное поведение может носить психопатологический характер (дисморфомания психотического уровня, например, при шизофрении) и меры психологического воздействия не приведут к желаемому результату. «Положительная оценка своего внешнего облика в сознании человека, а также в суждениях окружающих, — по мнению Р. Бернса, — может существенно влиять на позитивность его Я-концепции в целом, **и** наоборот, отрицательная оценка влечет за собой существенное снижение общей самооценки».

Сексуальныедевиации и аномалии сексуального поведения

Терапия и коррекция отклоняющегося поведения в форме **сексуальных девиаций и перверсий,** а также **нарушений психосексуального развития** представляет большую область научных знаний и практических умений. Выбор тактики и стратегии терапии сексуальных девиаций зависит от взгляда на патогенетические основы аномального сексуального поведения. Для одних исследователей «почти бесспорным» является факт преимущественного значения органической патологии в формировании парафилий (А. А. Ткаченко). Для других — это отнюдь не очевидно и роль социогенных влияний расценивается как решающая (И. С. Кон). Следует отметить, что в формировании различных форм сексуальных девиаций значение биологических и психологических параметров разнится, но можно утверждать, что парафильное поведение несет в себе биопсихосоциальные основы. Вследствие этого приоритетным может считаться комплексный подход к коррекции и терапии аномального сексуального поведения, ориентированный на феномен, симптом и нозологическую принадлежность девиантного поведения.

Ранее активно предлагались и использовались радикальные терапевтические меры при лечении перверсий. Одной из таких мер была хирургическая кастрация сексуальных преступников с парафильным поведением, базировавшаяся на научных данных о значительном снижении парафильного поведения после кастрации. Другой радикальной мерой называлась стереотаксическая операция — фронтальная лоботомия. В настоящее время по этическим соображениям подобные операции не проводятся.

Наиболее актуальными, по мнению А. А. Ткаченко, на сегодняшний день являются следующие методы лечения парафилий:

1) гормонотерапия с использованием антиандрогенов (ципротерон-ацетата, медроксипрогестерон-ацетата, флютамида);
2) использование негормональных препаратов со специфическим отрицательным влиянием на половое влечение у мужчин (бенперидол);
3) психофармакотерапия коморбидных аффективных расстройств с помощью антидепрессантов и нормотимиков (анафранила, прозака и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, солей лития и карбамазепина);
4) психофармакотерапия антиконвульсантами;
5) неаверсионная психотерапия.

Главной целью комбинированной психотерапии аномального сексуального поведения считается реализация поведения, замещающего парафильное в функции обеспечения эмоциональной саморегуляции, а стержневым принципом — принцип «зеркального онтогенеза», то есть этапы психотерапии должны повторять этапы онтогенеза в обратном порядке. Г. Е. Введенским предложены следующие этапы психотерапии сексуальных девиаций:

1) этап разрушения паттерна аномального сексуального поведения, во время которого приоритетными становятся техники телесно ориентированной терапии (действующей на мышечный компонент паттерна), гештальттерапии (направленной на «отщепление» эмоционального компонента) и нейролингвистическое программирование (воздействующее на сенсорный компонент);
2) этап купирования аффективных нарушений с помощью трансовых техник;
3) этап психокоррекции расстройств половой идентичности в виде тренингов полоролевого поведения, выработки эмпатии к жертве и пр.;
4) этап выработки и реализации поведения, замещающего парафильное, например с помощью рефрейминга.

В терапии **гиперсексуального и асексуального поведений** важная роль отводится психофармакотерапии. В зависимости от этиопатогенеза могут применяться транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, ноотропы, гормональные препараты. Наряду с ними, эффективными считаются методы психологической помощи, в частности *поведенческая секс-терапия*. Она используется при многих сексуальных девиациях и включает в себя (И. Кемпер) тренировку чувствительности, технику «стоп-старт», мастурбационные техники. Кроме этого, известна такая методика, как «запретный плод». Перечисленные методики поведенческой секс-терапии оказываются наиболее эффективными при коррекции **нарушений эректильного поведения, аноргазмическом поведении, вагинизме,** при которых показаны также суггестивные методы психотерапии.

При терапии **нарушений психосексуального развития** в форме его ускорения или ретардации основным является психофармакотерапия с использованием малых доз транквилизаторов и антидепрессантов. Терапевтическая стратегия зависит от этиопатогенетических механизмов отклонений.

Наибольшие сложности возникают при коррекции и терапии таких сексуальных девиаций, как **педофилия, эксгибиционизм, вуайеризм, фетишизм, садомазохизм,** характеризующихся периодически возникающими сексуальными влечениями и фантазиями, включающими необычные (нетрадиционные) предметы, осуществляющимися в виде поступков, нарушающих нормы, и нередко сопровождающимися дистрессом и состоянием эмоционального дискомфорта в связи с их существованием. Терапия перечисленных сексуальных девиаций должна быть комплексной, феномено-, симптомо- и нозоцентрической и включать в себя психофармакотерапию и методы психологической коррекции и терапии. Из психотропных препаратов наиболее часто применяются нейролептики, антиконвульсанты, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы.

Э. Шорх различает четыре уровня психотерапевтической работы при парафилиях: уровень жизневспоможения, уровень вмешательства при кризисах, уровень коррекции методом поведенческой психотерапии в ограниченных областях и уровень толкования и противостояния. Основой психологической работы при сексуальных девиациях в виде парафильного поведения считается поведенческая психотерапия — тренинги совладающего поведения.

По мнению В. Н. Краснова и И. Я. Гуровича, в методике комплексной терапии расстройств сексуального предпочтения выделяется несколько последовательных этапов:

Этап 1 — коррекция эмоционального фона и закрепление установки на лечение. Важное место при этом занимает нормализация соматических функций, оптимизация режима сна — бодрствования. При астенических явлениях используются препараты нейрометаболического действия, адаптогены. Для коррекции аффективных нарушений депрессивного круга используются антидепрессанты (анафранил — при наличии обсессивных расстройств, амитриптиллин и людиомил — при преобладании тревожных расстройств), транквилизаторы по показанию. Психотерапевтическое лечение включает рациональную психотерапию, суггестию в гипнозе и бодрствующем состоянии, самовнушение с использованием модифицированных методик самовнушения.

Этап 2 — ослабление, а затем и устранение патологического сексуального влечения и связанных с ним переживаний. Особое внимание уделяется устранению тенденций к самообвинению, формированию чувства уверенности в себе.

Этап 3 — выработка адекватного эстетического восприятия лиц противоположного пола, правильного этического отношения к ним. Формируются и закрепляются навыки естественного общения с лицами противоположного пола.

Этап 4 — формирование и закрепление адекватного эротического отношения к лицам противоположного пола.

Учитывая выявленный факт сочетания парафильного поведения с параутистическими тенденциями (А. А. Ткаченко), характеризующий общий механизм психического развития индивида как неравномерный и асинхронный, стратегия психотерапии и коррекции сексуальных девиаций должна вклю-

чать развитие навыков коммуникативной компетентности и толерантности, избегание формирования гиперролевого поведения. В основе парафилий многие авторы усматривают незрелость психики, нарушения самосознания, коммуникативные нарушения, признаки психической ригидности, склонность к искажениям сознания в период исполнения девиантного акта, а также признаки психического регресса (онтогенетического в виде символизации, стереотипизации и предпочтения игровой деятельности и филогенетического).

Терапия и коррекция сексуальных девиаций, основанных на нарушении процесса половой идентификации, также является крайне сложной. К психофармако- и психотерапии прибегают лишь в случаях, когда девиант стремится избавиться от психологического дискомфорта (или иных сопутствующих проблем) в связи с сексуальными отклонениями. Психокоррекция **транссексуализма** направлена на психологическую поддержку в период подготовки к хирургической операции по смене пола, а также после перемены пола на этапе гормональной коррекции. Суть психологической помощи заключается в коррекции возможных психогенных реакций на новый соматический статус. В случае обращения за помощью девианта с **трансвестизмом двойной роли** используется суггестивная психотерапия.

Особо следует отметить случаи **гомосексуализма,** при которых сам индивид желает избавиться от нетрадиционной сексуальной ориентации. Мотивами обращения к специалистам в подобных случаях становятся социально-психологические проблемы, возникающие у гомосексуалиста в связи ^'сексуальной ориентацией, и нарушения адаптации. Тактика психологической помощи строится на научном факте признания гомосексуального поведения разновидностью непатологического поведения и отсутствием показаний к лечению. Предпочтительно использование рациональной психотерапии. В некоторых случаях интенсивная психотерапия в сочетании с гормонотерапией приводит к изменению сексуальных предпочтений и ориентации индивида (Г. С. Васильченко). Успех зависит от возраста (лучше поддаются терапии лица моложе 35 лет), наличия и стойкости гетеросексуального опыта.

Сексуальные девиации, встречающиеся у детей **(мастурбационное поведение, вуайеризм, игры с взаимным обнажением),** как правило, не требуют психофармакологической коррекции. В некоторых случаях требуется психологическая коррекция с целью избегания нарушений психосексуального развития на этапах половой идентификации, полоролевого поведения и психосексуальных ориентации.

Сверхценные психологические увлечения

При сверхценных психологических увлечениях крайне редко показаны какие-либо фармакологические методы коррекции, а применение психотерапии обосновано в случаях нарушения коммуникации. Основным методом психологического консультирования при сверхценных психологических увлечениях в форме «паранойи здоровья», трудоголизме, гемблинге, фанатизме

Табл и ца 12

Терапевтические мероприятия

Стадия	Объект	Вид	Цель	Эффект
Острая	Острые, подострые стрессовые воздействия	Социотерапия	Выяснение психогенеза клинических проявлений	Целенаправленное изменение отношений личности к психотравмирующим ситуациям. Коррекция межличностных отношений
	Неблагополучная микросреда	Рациональная ПТ	Определение индивидуально-непереносимых конфликтов	
		Гипносуггестивная ПТ	Преодоление невротических механизмов реагирования	Снятие эмоциональной напряженности, создание психологической «экологической ниши»
		Наркопсихотерапия	«Разрыхление» и преодоление патологического стереотипа поведения	Нивелировка характерологических девиаций
Подострая	Социально-психологическая структура личности	Аутотренинг	Произвольная регуляция вегетативных дисфункций	Выработка позитивных личностных качеств
		Недирективная групповая ПТ	Формирование компенсаторных механизмов	Мобилизация резервных волевых ресурсов
		Интенсивная психотерапия	Реадаптация, ресоциализация, восстановление социального статуса	
		Психоортопедия		
		Трудотерапия		Рациональное трудоустройство
Затяжная	Конституционально-биологическая и соматогенно-органическая основа	Общеукрепляющая, соматофизиотерапия, рефлексотерапия, гормонотерапия	Устранение соматогенных механизмов фиксации симптомов	Снятие астении, облегчение психотерапевтической работы
			Минимизация органической, эндокринной симптоматики	Устранение вазовегетативных, астенических и депрессивных явлений
		Стимуляторы, антидепрессанты, транквилизаторы	Направленная регуляция хемореактивных систем	Купирование стойких ипохондрических и других состояний

считается *позитивная психотерапия.* С ее помощью удается продемонстрировать девианту суть его отклоняющегося поведения, проанализировать признаки гармоничного поведения и возможные негативные последствия девиации.

Сверхценные психопатологические увлечения

Сверхценные психопатологические увлечения в виде синдрома «метафизической интоксикации», бредовых идей, являющиеся признаком психопатологического типа девиантного поведения и формирующиеся на базе психических заболеваний, требуют использования психофармакотерапии. Как правило, применяются нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы.

Характерологические и патохарактерологические реакции

Коррекция и **терапия характерологических и патохарактерологических реакций подростков** строится на традиционной основе корригирования т. н. психопатических реакций. Комплексное терапевтическое воздействие при патохарактерологических расстройствах подразумевает (по В. А. Гурьевой, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикину) проведение следующих мероприятий (табл. 12).

Те же авторы рекомендуют для лечения психических и поведенческих расстройств подростков следующие психотропные препараты (табл. 13).

Таблица 13

Психотропные препараты для **лечения подростков**

Название препаратов	Средние дозы **(мг)**	Высшие суточные дозы (мг)
Транквилизаторы:		
элениум, нозепам, мезапам, сигнопам	20	40
сибазон *	15	30
феназепам	1	3
грандаксин	100	200
Антидепрессанты:		
амитриптиллин, мелипрамин, петилил,	50	150
анафранил, людиомил	75	200
пиразидол, инказан, азафен		
Ноотропы:		
пирацетам (ноотропил)	1200	2400
пиридитол (энцефабол)	400	800
Нейролептики:		
стелазин, трифтазин, френолон	5	20
этаперазин	10	20
галоперидол	6	12

Окончание табл. 13

Название препаратов	Средние дозы (мг)	Высшие суточные дозы (мг)
Нейролептики:		
лепонекс	50	200
хлорпротиксен	50	150
сонапакс	30	100
нейлептил	10	30
эглонил	200	500
аминазин	75	400
Нормотимики:		
тегретол (финлепсин)	300	600
карбонат лития	450	900

По мнению Т. Б. Дмитриевой, психофармакотерапия патохарактерологических девиаций (психопатий) должна базироваться на преобладании гиперстенического или астенического радикалов. При преобладании гиперстенического показаны 1—2 нейролептика (аминазин, нейлептил, сонапакс, хлорпротиксен, галоперидол или лепонекс) в средних дозах и антидепрессанты (амитриптиллин, азафен, миансерин) в средних дозах, а также транквилизаторы и нормотимики. При доминировании астенического радикала — пирроксан и анаприлин в сочетании с антидепрессантами типа амитриптиллина, азафена или миансерина, а также транквилизаторы (феназепам или тазепам) и вальпроат натрия, финлепсин или фенибут.

Коммуникативные девиации

Коммуникативные девиации, представляющие собой одну из наиболее часто встречающихся и многообразных групп отклоняющегося поведения, требуют психофармакологической поддержки в виде применения транквилизаторов (анксиолитиков), снимающих эмоциональный дискомфорт и тревогу, и групповой психокоррекции.

Цель терапии и коррекции коммуникативных девиаций — развитие коммуникативных навыков в сфере компетентности и толерантности. Расстройсва коммуникационных способностей в рамках девиантного поведения наблюдается при **аутистическом, конформистском поведении, поведении на базе застенчивости или ревности, социальных фобиях.**

Основной метод психологической коррекции перечисленных коммуникативных девиаций — групповой *социально-психологический тренинг (тренинг общения).* Л. А. Петровской предложен перцептивно ориентированный тренинг с использованием следующих принципов: 1) «здесь и теперь»; 2) персонификации высказываний; 3) акцентирования языка чувств; 4) активности; 5) доверительного общения; 6) конфиденциальности. В *принцип «здесь и теперь»* включается обсуждение и анализ события, происходящего непосред-

ственно в группе в процессе общения. *Принцип персонификации высказываний* сводится к отказу от безличных речевых форм, помогающих в повседневном общении скрывать собственную позицию. *Принцип акцентирования языка чувств* заключается в требовании исключить из процесса общения оценочные категории, заменив их описаниями переживаемых эмоциональных состояний. *Принцип активности* подразумевает включенность в работу группы и обсуждение проблем, формируя в дальнейшем активную позицию в общении с людьми в противовес замкнутости и пассивности. *Принципы доверительного общения и конфиденциальности* относятся к техническим сторонам тренинга.

К механизмам перцептивно ориентированного тренинга Л. А. Петровская относит: подачу, адекватность, восприятие и информативность обратной связи. В процессе тренинга общения у девианта вырабатывается способность адекватно оценивать и понимать поведение окружающих и самого себя, избегать искажений в восприятии мира и самовосприятии.

Один из эффективных методов психологической коррекции и консультирования лиц с коммуникативными девиациями — т. н. *антиципационнып тренинг* (В. Д. Менделевич), направленный на развитие способностей к вероятностному прогнозированию и, следовательно, адаптивному стилю поведения. Антиципационный тренинг можно причислить к группе методов психотерапии «здравым смыслом», которые включают в себя, наряду с элементами рациональной психотерапии, становление многовариантного способа осмысления действительности. Он противопоставляется одновариантному (ригидному), являющемуся частью патологического мыслительного паттерна при т. н. неврозопродуцирующей каузальной атрибуции. Базой личностной позиции при антиципационном тренинге считается «антиципационная состоятельность» — способность человека предвосхищать ход событий, строить процесс прогнозирования на многовариантной гибкой основе, используя прошлый жизненный опыт. Считается, что гармоничные характерологические черты и свойства личности, а также неврозоустойчивость способны формироваться лишь в случае использования таких принципов антиципационного тренинга, как: а) отказ от претензий («Мне никто ничего не должен»); б) отказ от однозначности (при истолкований происходящих событий — «Это может значить все, что угодно»); в) отказ от фатальности (при истолковании будущих событий — «Все возможно»); г) выработка стратегии «антиципирующего совладания» и «предвосхищающей печали» взамен «предвосхищающей радости».

Принцип отказа от претензий — один из основополагающих в структуре антиципационного тренинга. Это связано с тем, что установка долженствования по отношению к происходящему вокруг человека и внутри него приводит к формированию патогенных паттернов осмысления действительности, выражающихся в двух разновидностях экспектаций потенциального невротика: «Мне все должны» или «Я всем должен». Подобная жизненная позиция приводит к становлению неврозогенного моновариантного или поливариантного типов вероятностного прогнозирования. Сходные закономерности можно обнаружить и при игнорировании *принципов однозначности и фатальности*.

Суть принципа выработки *стратегии «антиципирующего совладания»* («предвосхищающей печали») заключается в изменении ригидной личностной позиции в отношении способов прогнозирования будущих событий и тренинг навыков многовариантного прогнозирования. Цель изменения ригидной моновариантной личностной позиции пациента достигается в процессе психологического консультирования с использованием метода «сократического диалога», демонстрации психотерапевтом фактов связи девиантных форм поведения и невротических расстройств со спецификой прогнозирования жизненных ситуаций. Упор при этом делается на факт частого расхождения между прогнозами в отношении вероятности возникновения тех или иных ситуаций и реально происходившими событиями. В совместных психотерапевтических беседах (консультациях) психотерапевт производит анализ данных случаев, нацеливаясь на убеждение пациента в том, что отказ от прогнозирования вероятных, но негативных событий в его жизни является устойчивой стратегией и вызывает невротические расстройства и эмоциональный дискомфорт. Наряду с этим, используются методики «контрастирования» и транскультурных корреляций. Процесс собственно антиципационного тренинга включает индивидуальные и групповые занятия, во время которых происходит проигрывание (и обсуждение) разнообразных высокоактуальных жизненных событий: измена, развод, увольнение, предательство, смерть близкого, неблагодарность со стороны окружающих и пр. Во время данных занятий происходит выработка стратегии многовариантного прогнозирования и «антиципирующего совладания», девиз которого — «Надейся на лучшее, но готовься к худшему». В качестве инструментария для антиципационного тренинга используется модифицированный нами тест фрустрационной толерантности Розенцвейга.

В терапии поведенческих девиаций в форме **фобического, диссоциативного (конверсионного), ипохондрического поведения,** а также отклоняющегося поведения в рамках **посттравматического стрессового расстройства** используется арсенал психотропных препаратов (транквилизаторов, антидепрессантов) и различные методы психологической помощи. К наиболее эффективным анксиолитикам («противотревожным», «антистраховым» препаратам) при лечении фобий, в частности агорафобического поведения и панического расстройства, относят: диазепам, или седуксен, или реланиум (в дозе до 30 мг в сутки), ксанакс, или альпразолам, или кассадан (до 2 мг в сутки), транксен, или клоразепат (до 50 мг в сутки), феназепам (до 10 мг в сутки). При купировании контрастных навязчивостей эффективен нейролептик терален (в дозе до 50 мг в сутки) и сонапакс (до 80 мг в сутки). В комплексную терапию социальных фобий рекомендуют включать антидепрессанты: аурорикс (до 400 мг в сутки), коаксил (до 40 мг в сутки). Психофармакотерапия ипохондрических непсихотических расстройств, формирующих ипохондрическое поведение, ориентирована на использование нейролептиков (сонапакс, терален, френолон) и транквилизаторов (мебикар, феназепам). В терапии посттравматического стрессового расстройства приоритет отдается антидепрессантам (амитриптиллину, коаксилу, феварину, паксилу, азафену, леривону), солям лития и финлепсину.

При фобическом поведении эффективными считаются методы поведенческой и когнитивной психотерапии, при диссоциативном — суггестия, при посттравматическом стрессовом расстройстве — гештальттерапия. В рамках когнитивно-поведенческого направления психотерапии используются техники «десенсибилизации», «парадоксальной интенции». Суггестивные воздействия осуществляются в гипнозе. Техника гештальтпсихотерапии направлена на «разблокирование осознания» путем завершения незавершенных ситуаций, наиболее полного и интенсивного выражения незавершенных чувств (катарсические техники).

Другие виды девиантного поведения

При купировании **девиантного поведения на базе идей ревности** значимым является симптомо- или феноменоцентризм. Если девиация базируется на бреде ревности, то приоритет отдается психофармакотерапии нейролептиками и антидепрессантами (трифтазин, азалептин, сонапакс, амитриптиллин). Если же ревность носит непатологический (неболезненный) характер, основным методом становится экзистенциальная и когнитивная психотерапия. В рамках этих методов используется совместный анализ и обсуждение экзистенциальных проблем клиента. Упор делается на обсуждение тем справедливости, верности, возможности влиять на них, контролировать поведение близкого эмоционально значимого человека. Показывается относительность понятий верности и измены.

Безнравственное и аморальное поведение не требует ни психофармакологической, ни психологической коррекции или терапии, а нуждается в социально-педагогических методах воздействия.

Из разновидностей **неэстетичного поведения** психологическая и психофармакологическая коррекция и терапия показана при **патологических привычках и расстройствах влечений.** Часто они базируются на органической базе, и поэтому применение транквилизаторов, ноотропов, антидепрессантов в данном случае необходимо. Оптимальной оказывается онтогенетически-ориентированная психотерапия (Ю. С. Шевченко), проводящаяся в игровой форме с привлечением семьи. Одной из наиболее эффективных техник считается техника «совершения подвига». Подвиг в жизни и в игровой (для детей сказочной) ситуации — это преодоление себя, демонстрация решенной индивидуальной проблемы, неизмененного образа «Я». Он позволяет оказать поддержку другому, вызволить из беды. После совершения личного подвига (например, проявление смелости при входе в темную комнату для ребенка, который боится темноты) оказывается групповая поддержка и аплодисментами выражается одобрение.

ПРОГРАММИРОВАННЫЙ КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

1. К способам психологического воздействия относятся все нижеперечисленные, за исключением:
а) психологического консультирования;
б) психологической коррекции;
в) психологической защиты;
г) психотерапии в узком смысле;
д) психотерапии в широком смысле.

2. Способ психологической помощи, при котором происходит формирование «личностной позиции», называется:
а) психологическим консультированием;
б) психологической коррекцией;
в) психологической защитой;
г) психотерапией в узком смысле;
д) психотерапией в широком смысле.

3. В рамках психологической коррекции происходит формирование:
а) личностной позиции;
б) навыков адаптивного поведения;
в) неврозоустойчивости;
г) фрустрационной толерантности;
д) стрессоустойчивости.

4. Психотические психопатологические симптомы и синдромы требуют в первую очередь использования:
а) психологического консультирования;
б) психологической коррекции;
в) психотерапии в узком смысле;
г) психотерапии в широком смысле;
д) ни один из ответов не верен.

5. Изменение психической реальности человека в соответствии с целями и задачами кого-либо или чего-либо называется:
а) манипулированием;
б) управлением;
в) воздействием;
г) психокоррекцией;
д) формированием.

6. Информирование клиента является действенным методом психологической помощи при:
а) психологическом консультировании;
б) психологической коррекции;

в) психотерапии в узком смысле;
г) психотерапии в широком смысле;
д) ни один из ответов не верен.

7. При информировании возможны все нижеперечисленные методы фокусировки внимания клиента, за исключением фокусировки на:
а) явных отклонениях функционирования организма и психики;
б) всех имеющихся отклонениях;
в) отклонениях, которые индивид способен осмыслить и изменить;
г) всем спектре проявлений — и нормальных, и аномальных;
д) все ответы верны.

8. К вариантам психологической защиты относят все нижеследующие, за исключением:
а) рационализации;
б) идентификации;
в) псевдофрустрации;
г) проекции;
д) вытеснения.

9. Терапевтической мишенью для использования психологического консультирования являются:
а) экзистенциальные проблемы человека;
б) психопатологические симптомы непсихотического регистра;
в) психопатологические симптомы психотического регистра;
г) психосоматические проблемы;
д) все ответы верны.

10. Авторами т. н. «патогенетической психотерапии» являются:
а) З. Фрейд и К. Юнг;
б) В. Франкл и И. Ялом;
в) В. Н. Мясищев и Б. Д. Карвасарский;
г) У. Джеймс и К. Ланг;
д) никто из перечисленных.

11. Исправление «иррациональных мыслей и идей» является основой:
а) логотерапии;
б) экзистенциальной психотерапии;
в) поведенческой психотерапии;
г) рациональной психотерапии;
д) рационально-эмотивной психотерапии.

12. Логотерапия — это:
а) суггестивная психотерапия;
б) психотерапия с помощью поиска утраченного смысла бытия;

в) метод лечения заикания;
г) метод коррекции речи;
д) метод глубинного психоанализа.

13. Методика, построенная по принципу условно-рефлекторного закрепления навыка изменять собственное соматическое состояние при контролировании его с помощью различных приборов, называется:
а) логотерапией;
б) прогрессивной мышечной релаксацией;
в) суггестией;
г) антиципационным тренингом;
д) биологически обратной связью.

14. Методика, при которой происходит погружение человека в ситуацию (воображаемую или реальную), вызывающую страх с формированием новой адекватной реакции и затуханием старой болезненной, называется:
а) парадоксальной интенцией;
б) парадоксальной коммуникацией;
в) систематической десенсибилизацией;
г) систематической сенсибилизацией;
д) несистематической сенсибилизацией.

15. Методика «якорения» используется в:
а) антиципационном тренинге;
б) позитивной психотерапии;
в) логотерапии;
г) когнитивной психотерапии;
д) нейролингвистическом программировании.

16. Анализируемость пациента — это:
а) способ оценки внушаемости;
б) способ оценки гипнабельности;
в) способ оценки пригодности к гуманистической психотерапии;
г) способ оценки пригодности к психоанализу;
д) ни один из ответов не верен.

17. К основополагающим принципам в выборе тех или иных коррекционных и терапевтических методов для купирования поведенческих девиаций относятся все нижеследующие, за исключением:
а) принципа добровольности;
б) принципа осознанности;
в) принципа информированности;
г) принципа соответствия;
д) принципа целесообразности.

18. Выбор специалистом методик психологической коррекции, консультирования и терапии поведенческих девиаций в зависимости от механизмов их возникновения называется:
а) принципом добровольности;
б) принципом осознанности;
в) принципом информированности;
г) принципом соответствия;
д) принципом целесообразности.

19. Применение антидепрессантов показано при всех нижеперечисленных поведенческих девиациях, за исключением:
а) патологических привычек;
б) гиперсексуальности;
в) расстройств влечений;
г) нарушений пищевого поведения;
д) социальных фобий.

20. Для купирования психопатологического типа девиантного поведения, в частности в форме агрессивного поведения, чаще используются:
а) нейролептики;
б) транквилизаторы;
в) антидепрессанты;
г) ноотропы;
д) антиконвульсанты.

21. Основным методом психологической помощи при суицидальном поведении является:
а) бихевиоральная психотерапия;
б) аутотренинг;
в) гипноз;
г) метод биологически обратной связи;
д) экзистенциальная психотерапия.

22. Наиболее эффективным в терапии нарушений пищевого поведения в виде анорексии является:
а) суггестивная психотерапия;
б) аутотренинг;
в) метод биологически обратной связи;
г) семейная психотерапия;
д) нейролингвистическое программирование.

23. Принцип «зеркального онтогенеза» используется в терапии:
а) агрессивного поведения;
б) аутоагрессивного поведения;

в) нарушений пищевого поведения;
г) сексуальных девиаций;
д) сверхценных психологических увлечений.

24. Гомосексуальное эго-синтоническое поведение подразумевает использование:
а) антидепрессантов;
б) антиконвульсантов;
в) гормонотерапии;
г) суггестивной психотерапии;
д) ни один из ответов не верен.

25. Основой психофармакотерапии наркозависимости считается применение:
а) антиконвульсантов;
б) антидепрессантов;
в) нейролептиков;
г) транквилизаторов;
д) ноотропов.

26. Аверсивная терапия алкогольного девиантного поведения оказывается эффективной в зависимости от:
а) пола пациента;
б) возраста пациента;
в) демократических или авторитарных личностных предпочтений пациента;
г) национальности пациента;
д) вероисповедания пациента.

27. Терапевтическая методика «12 шагов» базируется на:
а) суггестии;
б) аутосуггестии;
в) позитивной психотерапии;
г) молитвах и духовных практиках;
д) нейролингвистическом программировании.

28. Основополагающим методом в терапии и реабилитации наркотической зависимости является:
а) нейролингвистическое программирование;
б) рациональная психотерапия;
в) экзистенциальная психотерапия;
г) гештальттерапия;
д) аутотренинг.

29. В основу экзистенциального подхода в психотерапии наркотической зависимости положено разрешение всех нижеперечисленных базисных экзистенциальных конфликтов, за исключением проблемы:
а) жизни и смерти;
б) осмысленности существования;
в) изоляции;
г) веры в Бога;
д) свободы и ответственности.

30. Перцептивно ориентированный тренинг наиболее эффективен при:
а) коммуникативных девиациях;
б) сверхценных психологических увлечениях;
в) сверхценных психопатологических увлечениях;
г) сексуальных девиациях;
д) агрессивном поведении.

Рекомендуемая литература

1. *Абрамова Г. С.* Практическая психология. М., 1997.
2. *Авруцкий Г. Я., НедуваА. А.* Лечение психически больных. М., 1988.
3. *Акберова С. А.* НЛП и эриксоновский гипноз при наркотических проблемах. Казань, 2000.
4. *Александров А. А.* Современная психотерапия. СПб., 1997.
5. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам / Под редакцией Н. Н. Иванца. М., 2000.
6. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. М., 1988.
7. *Бэрон Р., РичардсонД.* Агрессия. СПб., 1999. 352 с.
8. *Гурьева В. А., Семке В. Я., Гиндикин В. Я.* Психопатология детского возраста. Томск, 1994.
9. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия. М., 1985.
10. *Кемпер И.* Практика сексуальной психотерапии: В 2 т. М., 1994.
11. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под редакцией В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича. М., 1999.
12. *Кондратенко В. Т., ДонскойД. И.* Общая психотерапия. Минск, 1997.
13. *Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К.* Медицинская психология. М., 1984.
14. *Менделевии В. Д.* Психиатрическая пропедевтика. М., 1997.
15. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. М., 1998.
16. *Менделевич В. Д., АвдеевД. А., Киселев С. В.* Психотерапия «здравым смыслом». Чебоксары, 1992.
17. *Пезешкиан Н.* Психотерапия повседневной жизни. М., 1995.
18. *Петровская Л. А.* Компетентность в общении. М., 1989.
19. *Ткаченко А. А.* Сексуальные извращения-парафилии. М., 1999.
20. *Уолен С, Гусепп Р., Уэсслер Р.* Рационально-эмотивная психотерапия. М., 1997.
21. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М., 1990.
22. *Шевченко Ю. С, Добридень В. П., Усанова О. Н.* Психокоррекция: теория и практика. М., 1995.
23. *Шевченко Ю. С, Добридень В. П.* Онтогенетически-ориентированная психотерапия. М., 1998.
24. *Эйдемиллер Э. Г., Юшицкис В.* Психология и психотерапия семьи. СПб., 1999.
25. *Юнг К.* Психологические типы. М., 1995.
26. *Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия. М., 1999.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ТЕЗАУРУС ПОВЕДЕНЧЕСКИХ (СТИЛЕВЫХ) СТЕРЕОТИПОВ, ФЕНОМЕНОВ И ДЕВИАЦИЙ

Язык незаметно, исподволь управляет любым психологическим описанием... [поэтому] один и тот же термин всегда должен обозначать одно и то же.

К. Яслерс

Карл Ясперс, основоположник феноменологической диагностики, точно подметил, что вслед за первым этапом научного познания сферы психического, который заключается в отборе, дифференциации и описании отдельных переживаемых индивидом феноменов, наступает второй, сутью которого становится приписывание этим феноменам терминологических определений, создание слова-образа. Ведь «определенные слова в какой-то момент притягивают к себе определенные образы: слово — это не более чем кнопка вызова, которая заставляет их появиться» (Ле Бон). Именно однозначность применяемых терминов способна объективизировать диагностический процесс в психологии девиантного поведения и позволить идентифицировать первичные феномены, переживаемые человеком.

В процессе разграничения нормативных, девиантных и патологических форм поведения должны использоваться различные термины для обозначения разных по сути (механизмам) психологических процессов и состояний. Для нормативных должны применяться одни термины, для патологических и девиантных — другие. Однако фактически эти термины являются синонимами. По определению, синонимы — это слова, тождественные или близкие по значению. В сфере феноменологической диагностики синонимы выступают в роли кирпичиков, из которых в дальнейшем строится устойчивая и прочная диагностическая база. Либо, в случае обозначения первичного феномена (переживания) психиатрическим термином, выстраивается цепочка, способная привести к точной нозологической диагностике, выявлению этиопатогенетических основ наблюдаемого психопатологического или патохарактерологического типа девиантного поведения или расстройства. Либо, при признании первичного феномена (переживания) собственно психологическим,

создается база для глубокого понимания индивидуальных психологических особенностей человека, его мироощущения, стереотипов реагирования, и его поведение признается нормативным и гармоничным.

Несмотря на то что феноменологические синонимы отражают близость понятий, все же между ними часто лежит пропасть. Психопатологический симптом и психологический феномен различаются, как правило, не количественно, но качественно. Именно поэтому справедливо их назвать одновременно и антонимами. К. Клейст, имея в виду сходство болезненных и неболезненных переживаний человека, предложил выделять: 1) гомономные симптомы, отличающиеся от проявлений психической жизни в норме лишь степенью выраженности, например депрессию, 2) гетерономные — не имеющие аналогов в нормальных психических проявлениях и 3) интермедиарные — при отсутствии возможности провести четкую грань между ними. Уточним, что, с нашей точки зрения, базирующейся на феноменологических принципах, всегда (во всех случаях) можно отыскать сходные между собой и различающиеся по механизмам возникновения психопатологические симптомы и психологические переживания (феномены). Следовательно, говорить от интермедиарных симптомах неправомерно.

Структура приложения, в которой приведен тезаурус психолого-психиатрических синонимов в сфере описания и оценки поведенческих феноменов и девиаций, представлена разделами, отражающими различные сферы психической деятельности. Мы сочли целесообразным отталкиваться от первичных феноменов, которые описаны нередко не научным, а литературным языком. И далее приводить собственно синонимические ряды, определения и трактовки отдельных терминов, их диагностические критерии, позволяющие наметить путь дифференциации различных типов поведенческих девиаций. В теоретическом отношении группирование родственных (гомо- и гетерономных) симптомов и феноменов позволяет диагносту видеть и учитывать весь спектр возможных вариантов решения диагностической задачи. В практическом — расширить свой «горизонт видения», используя приведенные синонимические ряды. Ведь в диагностике психического состояния человека «каждый видит то, что он знает» (Л. С. Выготский).

В приведенном ниже тезаурусе используются в качестве базовых термины, нашедшие отражение в толковых словарях русского языка (В. И. Даля, Д. Н. Ушакова, С. И. Ожегова), а также в Англо-русском словаре медицинских терминов Стедмана (М., 1997), Словаре медицинских терминов (в 3 томах. М., 1982), толковых словарях психиатрических терминов, Психологическом словаре.

Тезаурус индивидуально-психологических качеств и стилей поведения

Агеразия — чувство молодости, наступающее в старческом возрасте в связи с недостаточной критичностью к своему состоянию, селадония.

Агрессивность — наступательность, враждебный и вызывающий характер поведения, эксплозивность, взрывчатость, раздражительность (может вхо-

дить в структуру эпилептоидных черт характера или эмоционально неустойчивого и диссоциального расстройств личности).

Адаптивность — готовность и способность приспосабливаться к различным жизненным ситуациям (является признаком гармоничных характерологических черт).

Авторитарность — властность, склонность доминировать в межличностных отношениях, диктаторство, своеволие.

Азартность — склонность к риску.

Аккуратность — 1) исполнительность, соблюдение во всем порядок; 2) тщательность, старательность и точность при выполнении заданий (может входить в структуру эпилептоидных или психастенических черт характера или при чрезмерной аккуратности и педантизме быть признаком эпилепсии, а также ананкастного расстройства личности).

Активность — деятельность, энергичность (чрезмерно повышенная активность — гиперактивность — может указывать на маниакальный спектр психических расстройств).

Алекситимия — неспособность точно понимать и описывать свои переживания и ощущения (может быть признаком невротических и личностных расстройств).

Алчность — 1) жадность, корыстолюбие; 2) страстное желание чего-нибудь.

Альтруистичность — склонность к альтруизму, готовность жертвовать, подавлять собственные желания ради других, самоотверженность.

Амбивалентность (амбитендентность) — склонность к проявлению двойственных чувств и желаний (признак шизофрении).

Амбициозность — 1) обостренное самолюбие, а также спесивость, чванство; 2) претенциозность, повышенный уровень притязаний на что-нибудь (в сочетании с эйфорией может быть признаком маниакального состояния, а также истерического, паранойяльного или диссоциального расстройств личности).

Аморальность — несоблюдение норм морали, безнравственность.

Ананкастия — склонность к образованию навязчивых идей (может быть признаком невротических, обсессивно-компульсивных личностных или шизофренических расстройств).

Анергия — утрата способности к активной деятельности (может быть признаком соматического заболевания, астенических черт характера или зависимого расстройства личности).

Апатичность — склонность к апатии, безразличие (признак шизофренического спектра психических расстройств в отличие от гипопатии).

Апломб — излишняя самоуверенность в поведении, в речи (может входить в структуру маниакального синдрома или истерических черт характера и личностных расстройств).

Артистизм — тонкое мастерство в искусстве, виртуозность в работе.

Артистичность — повышенная искусность, способность вживаться в различные роли, экспрессивность (входит в структуру истерических черт характера или личностных расстройств).

Асексуальность — отсутствие сексуальной заинтересованности (встречается при невротических расстройствах, а также при эндокринных заболеваниях).

Аскетизм — склонность к аскетичной жизни, уединенность, строгий образ жизни с отказом от жизненных благ и удовольствий.

Аутизм (аутистичность) — склонность к «отрыву от действительности», замкнутости, фиксации на внутренних переживаниях (признак шизофрении, шизотипических личностных расстройств или соответствующей поведенческой девиации).

Аферизм — склонность к недобросовестному, мошенническому предприятию, делу, действию (может входить в структуру маниакального синдрома).

Балованность — см. Избалованность.

Бахвальство — хвастливость (может входить в структуру маниакального синдрома).

Бдительность — повышенная внимательность, неослабная настороженность (может быть признаком психастенических черт характера или ананкастного и тревожного расстройств личности).

Безалаберность — бестолковость и беспорядочность.

Безбоязненность — лишенность боязни, бесстрашие.

Безвкусие — отсутствие хорошего вкуса, лишенность изящества.

Безволие — слабохарактерность, нерешительность, пассивность.

Безделье — лентяйство, пассивность.

Бездеятельность — пассивность, непроявление необходимой энергии в делах, в деятельности.

Бездумность — неотягощенность размышлениями, беззаботность.

Бездуховность — лишенность интеллектуального, духовного содержания.

Бездушие — отсутствие сочувственного, живого отношения к кому-чему-нибудь, равнодушие к людям, бессердечность (может входить в структуру диссоциального личностного расстройства).

Безжалостность — неспособность испытывать чувство жалости, жестокость (может входить в структуру эмоционально неустойчивого личностного расстройства).

Беззаботность — легкомысленность, бездумье, свобода от забот (может быть признаком маниакального состояния).

Беззаветность — самоотверженность и героизм.

Беззастенчивость — наглость, отсутствие стеснения, бесцеремонность.

Беззлобность — добродушие, лишенность зла, злости.

Безликость — лишенность своеобразия, ярких, индивидуальных, характерных черт (может быть признаком конформизма).

Безмятежность — спокойствие.

Безнадежность — выражение отсутствия надежды.

Безнравственность — аморальность, нарушение правил нравственности, противоречие им.

Безответственность — непринятие или неосознание собственной ответственности за что-либо.

Безотказность — обязательность, готовность оказать любую помощь, жертвенность.

Безразличие — равнодушие, безучастность.

Безрассудство — неблагоразумие.

Безропотность — покорность, отсутствие роптания (может быть признаком астенических черт характера или зависимого расстройства личности).

Безудержность — неудержимость, неугомонность.

Безукоризненность — безупречность, перфекционизм.

Безумолчность — неспособность замолкать.

Безупречность — безукоризненность.

Безутешность — неутешность (может быть признаком депрессивного состояния).

Безучастность — непроявление или невыражение участия к кому/чему-нибудь, равнодушие.

Безынициативность — лишенность инициативы, пассивность (может быть признаком астенических черт характера или зависимого расстройств личности).

Бережливость — склонность к бережному отношению к имуществу, расчетливость, экономность (может быть признаком эпилептоидных или психастенических черт характера).

Бескомпромиссность — недопущение компромиссов.

Бесконфликтность — недопущение конфликтов.

Бескорыстие — чуждость корыстных интересов.

Бескультурье — отсутствие культуры, культурности.

Беспардонность — крайняя степень бесцеремонности, беззастенчивость.

Беспечность — беззаботность, несклонность принимать меры предосторожности, быть предусмотрительным.

Беспорочность — безукоризненность, честность.

Беспощадность — непримиримость, жестокость, безжалостность.

Беспринципность — лишенность каких-либо определенных принципов, моральных устоев.

Беспристрастность — отсутствие к кому бы то ни было пристрастия, справедливость.

Беспутство — легкомысленность, беспечность.

Бессердечность — отсутствие мягкости, сердечности, бездушие, жестокость.

Бессовестность — беззастенчивость, нечестность.

Бесстрашие — отсутствие страха, храбрость.

Бесстыдство — лишенность чувства стыда, непристойность.

Бестактность — лишенность такта, чуткости, чувства приличия.

Бестолковость — непонятливость, глупость, несообразительность.

Бестрепетность — бесстрашие, неустрашимость.

Бесхарактерность — безволие, слабоволие, конформизм.

Бесхитростность — прямодушие, простота.

Бесхребетность — отсутствие твердой линии поведения, беспринципность.

Бесцеремонность — беззастенчивость и развязность, выходящие за границы вежливости.

Бесчеловечность — чрезвычайная жестокость, безжалостность.
Бесчестие — непорядочность.
Бесчувственность — лишенность чувства сострадания, отзывчивости (может быть признаком диссоциального личностного расстройства).
Бесшабашность — беспечность, отчаянность.
Благовоспитанность — умение хорошо держать себя в обществе.
Благоговейность — склонность к благоговению, глубочайшему почтению.
Благодарность — способность чувствовать или выражать благодарность.
Благожелательность — доброжелательность, приветливость.
Благонадежность — способность заслуживать доверие, благонамеренность.
Благопристойность — соответствие требованиям приличия.
Благоразумие — рассудительность.
Благородство — высоконравственность, честь и открытость, совестливость.
Благочинность — способность соблюдать правила приличия, благопристойность.
Блудливость — распутство, похотливость, проказливость, вороватость.
Болтливость — чрезмерная говорливость, а также неумение хранить тайну.
Боязливость — склонность к боязни, робость (может быть признаком ананкастного или тревожного личностного расстройства).
Брезгливость — склонность испытывать отвращение к нечистоплотности (может быть признаком психастенических черт характера).
Брюзгливость — постоянное недовольство, надоедливость и ворчливость (может быть признаком эпилептоидных или паранойяльных черт характера).
Вдумчивость — склонность сосредоточенно мыслить, глубоко вникать во что-нибудь.
Ведомость — зависимость от внешнего влияния, команд ведущего (может входить в структуру астенических черт характера или зависимого личностного расстройства).
Вежливость — склонность соблюдать правила приличия, воспитанность, учтивость.
Велеречивость — высокопарность, напыщенность, красноречивость (может быть признаком истерических черт характера).
Великодушие — благородство, щедрость души.
Величавость — величественность, важность, внушительность.
Верность — надежность, преданность.
Вероломство — коварство.
Веселость — склонность к веселью, жизнерадостность.
Взбалмошность — сумасбродство, неуравновешенность (может быть признаком истерических черт характера или личностного расстройства).
Вздорность — сварливость, ворчливость.
Взрывчатость — готовность бурно и легко впадать в ярость, гнев, раздражение (может входить в структуру эмоционально неустойчивого личностного расстройства).
Взыскательность — требовательность, строгость (может быть признаком психастенических или эпилептоидных черт характера).

Вкрадчивость — способность вызывать доверие, расположение к себе лестью, притворной любезностью.

Властность — склонность и привычка повелевать, приказывать, руководить, директивность.

Властолюбие — стремление властвовать.

Влюбчивость — склонность быстро и часто влюбляться.

Внимательность — сосредоточенность, чуткость.

Внушаемость —склонность поддаваться воздействию со стороны другого лица или группы лиц (чаще встречается у лиц с истерическими и инфантильными чертами характера).

Возбудимость — легкость приведения в возбужденное состояние.

Воздержанность — умение ограничивать свои потребности, не позволять себе лишнего.

Ворчливость — склонность ворчать, брюзгливость.

Воспитанность — умение вести себя, учтивость, вежливость.

Впечатлительность — легкая податливость впечатлениям, чуткость, эмотивность (может быть признаком астенических черт характера).

Враждебность — крайняя неприязненность, вражда, ненависть.

Вредность — склонность причинять вред, недоброжелательство, неприязненность.

Вспыльчивость — склонность к горячности, раздражительности (встречается при многих психических и личностных расстройствах).

Вульгарность — пошлость, грубость, непристойность, упрощенность до искажения, опошления.

Въедливость — придирчивость, склонность вникать во все мелочи, дотошность.

Выдержанность — склонность точно следовать чему-нибудь, последовательность, обладание выдержкой.

Выносливость — физическая или душевная сила, стойкость, способность много вынести.

Высокомерие — презрительная надменность (может быть признаком маниакального состояния).

Вычурность — нарочитая усложненность, замысловатость, неестественность (может быть признаком истерических черт характера или личностного расстройства).

Вялость — лишенность бодрости, энергии.

Гадливость — чувство отвращения, брезгливости.

Галантность — изысканность, вежливость, любезность.

Гиперсексуальность — повышенная сексуальность (может быть признаком маниакального состояния).

Гипнабельность — склонность поддаваться гипнотическому воздействию.

Горделивость — склонность демонстрировать повышенную гордость и достоинство, надменность, самодовольство.

Гостеприимство — радушие к гостям.

Грубость — неделикатность, нечуткость, жестокость.

Гуманность — направленность на благо других; человеколюбие и отзывчивость.

Гурманство — пристрастие к вкусной, изысканной пище.

Дальновидность — предусмотрительность, способность предвидеть возможные последствия, расчетливость.

Делинквентность — склонность нарушать заведенный порядок, совершать мелкие правонарушения, проступки.

Демократичность — простота и доступность в общении, терпимость в своих отношениях с людьми.

Дерзость — 1) вызывающая смелость, пренебрежение опасностью; 2) непочтительность, грубость (может быть признаком диссоциального или эмоционально неустойчивого расстройства личности).

Деспотизм — несклонность считаться с другими, авторитарность.

Деятельность — живость и энергичность, активность.

Добродетельность — высоконравственность.

Добродушие — доброта и мягкость характера, незлобивость.

Доброжелательность — готовность содействовать благополучию других, благожелательность.

Добропорядочность — порядочность.

Добросердечие — ласковость, участливость.

Добросовестность — склонность честно выполнять свои обязательства, обязанности.

Доброта — готовность помогать людям, отзывчивость.

Доверчивость — склонность всем доверять (может быть признаком психического инфантилизма).

Докучливость — надоедливость, навязчивость.

Дотошность — любознательность, склонность во все вникать, скрупулезность (может быть признаком психастенических или эпилептоидных черт характера, а также ананкастного расстройства личности).

Дружелюбие — дружеское расположение, доброжелательное отношение к кому-нибудь.

Дурашливость — склонность к немотивированнму веселью, ребячливости, кривлянию (может быть признаком гебефрении).

Душевность — наполненность теплотой, добротой, сердечностью.

Елейность — умильность, слащавость в обращении (может являться признаком изменений личности при эпилепсии, а также входить в структуру эпилептоидных черт характера).

Ехидство — язвительность, коварство.

Жадность — скупость, корыстолюбие, чрезмерное стремление удовлетворить свое желание.

Жалостливость — склонность к жалости, сострадательность.

Жеманство — лишенность простоты и естественности, манерность (может быть признаком истерических черт характера или личностного расстройства).

Жертвенность — готовность к самопожертвованию.

Жестокость — крайняя суровость, безжалостность, беспощадность (может быть признаком диссоциального или эмоционального неустойчивого расстройства личности).

Жизнерадостность — незнание уныния, радостность, бодрость.

Заботливость — склонность проявлять заботу, внимательность, старательность.

Забывчивость — неспособность прочно запоминать, рассеянность (может быть признаком мнестических нарушений при органических или невротических расстройствах).

Зависимость — склонность к нахождению в зависимости, подчинении от чего-кого-нибудь (может быть признаком зависимого расстройства личности).

Завистливость — склонность к постоянному чувству зависти.

Задиристость — склонность к спорам, ссорам.

Задумчивость — мечтательность, погруженность в думы, размышления.

Замкнутость — обособленность, отъединенность от общества, занятость своими интересами, необщительность, скрытность (может быть признаком шизоидных черт характера или личностного расстройства).

Заносчивость — высокомерие, чванливость.

Занудливость — склонность жаловаться, ворчать, обстоятельно анализировать какое-либо малозначимое явление или предмет, надоедливость (может быть признаком эпилептоидных черт характера).

Запальчивость — склонность легко приходить в раздражение, гнев.

Запасливость — предусмотрительность, склонность делать запасы.

Запуганность — робость, пугливость, страх постоянных окриков, наказаний (может быть признаком психастенических черт характера или ананкастного расстройства личности).

Застенчивость — стыдливость, робость, склонность смущаться (может быть признаком психастенических черт характера или ананкастного расстройства личности).

Затейливость — причудливость, замысловатость.

Заторможенность — медлительность, вялость (может быть признаком апатии или депрессии).

Заумность — непонятность.

Заунывность — тоскливость, склонность наводить уныние.

Заядлость — завзятость, склонность целиком отдаваться какому-нибудь занятию, увлечению.

Здравомыслие — способность правильно, разумно мыслить, рассуждать; рассудительность.

Злобность — склонность к гневной раздражительности, недоброжелательности.

Злопамятность — склонность долго помнить обиды (может быть признаком эпилептоидных или паранойяльных черт характера).

Игривость — легкомысленность, веселость, шаловливость.

Идейность — преданность какой-нибудь идее, убежденность.

Избалованность — испорченность баловством, капризность, изнеженность.

Изворотливость — находчивость, ловкость.

Изощренность — утонченность.

Изысканность — утонченность, изящество.

Импозантность — способность импонировать, представительность.

Импульсивность — готовность к резким, немотивированным поступкам (может быть признаком эмоционально неустойчивого расстройства личности).

Индифферентность — склонность быть безразличным.

Интровертированность — склад характера, характеризующийся преимущественной направленностью активности, установок, стремлений и интересов на внутренний мир человека.

Инфантилизм — патологическое состояние, характеризующееся задержкой физического и (или) психического развития с сохранением черт, присущих детскому или подростковому возрасту, доверчивостью, повышенной ранимостью, внушаемостью, неспособность прогнозировать развитие событий.

Ипохондричность — склонность к преувеличению имеющихся расстройств, мнительность в отношении здоровья (может быть признаком многих психических и личностных расстройств).

Ироничность — наполненность иронией.

Искренность — склонность выражать подлинные чувства, правдивость, откровенность.

Искусность — умелость, хорошее знание своего дела.

Искушенность — обладание опытом.

Исполнительность — старательность.

Истеричность — капризность, плаксивость, желание быть в центре внимания (может представлять собой черту характера, личностное или невротическое расстройство).

Истовость — повышенное усердие, ревностность.

Капризность — склонность к капризам, причудам (может быть признаком истерических черт характера).

Категоричность — склонность не допускать иных толкований, возражений.

Кверулянство — склонность бороться за справедливость с помощью представления многочисленных жалоб (может быть признаком психического или личностного расстройства).

Кичливость — заносчивость, высокомерие.

Коварство — злонамеренность, прикрытая показным доброжелательством.

Кокетливость — склонность к кокетству, игривость, неестественность, жеманство (может быть признаком истерических черт характера).

Коммуникабельность — способность легко общаться, устанавливать контакты, общительность.

Компетентность — обладание знаниями, осведомленность, авторитетность.

Компульсивность — склонность к формированию навязчивых действий, идей (может быть признаком ананкастного личностного расстройства).

Консерватизм — склонность отстаивать неизменность чего-нибудь.

Контактность — способность легко налаживать отношения между людьми, общительность, коммуникабельность.

Конформность — усвоение индивидуумом установленных в коллективе или социуме норм поведения, критериев оценки социальных явлений, исходных принципов формирования отношений к действительности (может быть признаком астенических черт характера или зависимого расстройства личности).

Конформизм — приспособленчество, бездумное следование общим мнениям, модным тенденциям.

Конфузливость — стеснительность (может быть признаком психастенических черт характера).

Копотливость — медлительность в работе.

Корректность — вежливость, тактичность, учтивость.

Корыстолюбие — склонность искать корысть.

Критичность — способность относиться критически к себе или кому/чему-нибудь, видеть недостатки.

Кропотливость — усердие, старательность до мелочей и медлительность.

Кротость — незлобивость, покорность.

Ласковость— наполненность лаской, нежностью.

Легкомысленность — наполненность легкомыслием, бездумностью.

Лень — нежелание трудиться, вялость, медлительность, пассивность, потребность в экономии сил.

Лживость — склонность ко лжи, обману, неискренность.

Либеральность — свободолюбие, демократизм, снисходительность.

Лицемерие — неискренность, склонность говорить не то, что думаешь.

Ловкость — 1) искусность, сноровистость, хитрость, изворотливость; 2) способность хорошо уметь делать что-нибудь.

Лояльность — способность держаться в пределах благожелательно-нейтрального отношения к кому/чему-нибудь.

Лукавство — коварство, хитрость.

Льстивость — склонность выражать лесть (может быть признаком изменений личности при эпилепсии или эпилептоидных черт характера).

Любвеобилие — способность любить сильно или многих.

Любезность — обходительность, предупредительность, учтивость.

Любознательность — склонность к приобретению новых знаний, пытливость.

Любопытство — повышенный интерес к чему-либо.

Малодушие — склонность проявлять слабоволие.

Манерность — лишенность простоты и естественности, жеманство (может быть признаком истерических черт характера или расстройства личности).

Медлительность — склонность действовать медленно.

Мелочность — склонность придавать значение пустякам, мелочам.

Меркантильность — излишняя расчетливость, торгашество.

Мечтательность — склонность мечтать, фантазировать.

Милосердие — готовность помогать кому-либо из чувства сострадания, человеколюбия.

Миролюбие — склонность избегать конфликтов, готовность их решать, приходить к компромиссам.

Мнительность — склонность видеть во всем что-нибудь для себя неблагоприятное, опасливость (может быть признаком психастенических черт характера или ананкастного расстройства личности).

Многозначительность — выразительность, склонность намекать на что-нибудь важное, значимое.

Мрачность — безрадостность, угрюмость.

Мстительность — склонность к мести, злопамятность.

Мудрость — обладание большим умом, основанном на знаниях, опыте.

Мужественность — храбрость, смелость.

Мягкосердечие — доброта, жалостность.

Наблюдательность — внимательность, умение тонко подмечать.

Навязчивость — назойливость, надоедливость.

Наглость — склонность быть дерзко беззастенчивым, бесстыдным.

Надоедливость — склонность быть назойливым, докучливым.

Назойливость — надоедливость, склонность приставать с просьбами, требованиями, навязчивость.

Наивность — простодушие, обнаруживающее неопытность, неосведомленность (может быть признаком психического инфантилизма).

Напористость — настойчивость, решительность в достижении своей цели.

Нарциссизм — самолюбование (может быть признаком истерических черт характера или расстройства личности).

Насмешливость — склонность к насмешкам, ироничности и саркастичности.

Настойчивость — упорство, твердость в достижении чего-нибудь.

Настороженность — напряженность и внимательность.

Настырность — упорство, излишняя настойчивость.

Нахальство — крайняя бесцеремонность.

Находчивость — сообразительность, легкость нахождения выхода из трудного положения.

Нахрапистость — наглость и излишняя настойчивость в достижении цели.

Неблагодарность — неспособность испытывать чувство благодарности.

Неблагонадежность — ненадежность, неспособность внушать доверие.

Небрежность — неспособность внимательно относиться к своей работе, обязанностям, неряшливость.

Невежливость — неумение соблюдать правила вежливости, приличия.

Невнимательность— 1) рассеянность; 2) незаботливость, нечуткость.

Невозмутимость — самообладание, спокойствие.

Негативистичность — склонность отгораживаться от окружающих, выступать против них (может быть признаком диссоциального расстройства личности).

Недоверчивость — склонность к сомнениям в правдивости, подозрительность, отсутствие доверия (может быть признаком психастенических черт характера или тревожного и ананкастного расстройств личности).

Нежность — ласковость, проявление любви.

Независимость — самостоятельность, свободолюбие, автономность.

Незлобивость — кротость, добродушие.

Неистовость — безудержность (может быть признаком диссоциального расстройства личности, а также проявлением психомоторного возбуждения).

Нелепость — неоправдываемость здравым смыслом, несуразность.

Нелюдимость — необщительность, замкнутость.

Немилосердие — жестокость.

Необузданность — неукротимость.

Неосторожность — опрометчивость, поспешность.

Неповоротливость — 1) неловкость в движениях, неуклюжесть; 2) медлительность и нерасторопность.

Непоседливость,— излишняя подвижность, суетливость, беспокойство (может быть признаком тревожного расстройства личности).

Непосредственность — откровенность и непринужденность.

Непредсказуемость — склонность к поведению, которое невозможно предсказать, предугадать, предвидеть.

Непримиримость — недопущение никакого примирения, соглашательства.

Непринужденность — лишенность всякой натянутости.

Непристойность — крайнее неприличие, бесстыдство.

Непритязательность — скромность, простота, отсутствие претензий.

Неприязненность— склонность к недружелюбному, враждебному отношению к кому/чему-либо.

Неравнодушие — небезразличие, небезучастие.

Нервозность — болезненная раздражительность (может являться признаком невротических и личностных расстройств).

Нерешительность — лишенность решительности, твердости, склонность к колебаниям (может быть признаком психастенических и астенических черт характера, ананкастного расстройства личности).

Неряшливость — неаккуратность, лишенность опрятности, небрежность.

Нескромность— лишенность скромности, стыдливости, неделикатность, нетактичность, бесцеремонность.

Несмышленость — несмекалистость, лишенность точного понимания.

Неспешность — неторопливость, медлительность.

Несуразность — нелепость, нескладность, чудаковатость (может быть признаком шизоидного круга расстройств).

Нетерпимость — лишенность терпимости, необходимости считаться с чужими взглядами.

Неугомонность — подвижность, шумливость.

Неуживчивость — неспособность ладить с окружающими, уживаться с другими.

Неустрашимость — незнание страха, чрезвычайная смелость, храбрость.

Неутешность — безутешность, невозможность найти утешение.

Неучтивость — невежливость, непочтительность.

Нечистоплотность — 1) неопрятность, небрежность в уходе за собой; 2) неразборчивость в средствах для достижения корыстной цели.

Норовистость — упрямство, своенравие.

Обаятельность — очаровательность, наполненность обаянием.

Обворожительность — способность привести в восхищение, очаровательность.

Обидчивость — склонность чувствовать обиду.

Обстоятельность — 1) склонность к подробности, содержательности; 2) склонность действовать обдуманно, с рассудительностью (может быть признаком эпилептоидных черт характера).

Обходительность — вежливость и приветливость.

Общительность — легкость при вступлении в общение с другими, незамкнутость.

Обязательность — ответственность, готовность оказать содействие, внимательность к людям и верность своему слову (может быть признаком психастенических черт характера).

Одержимость— 1) охваченность (каким-нибудь чувством, переживанием, мыслью); 2) безумство, бесноватость (может быть признаком бредовых или сверхценных идей).

Одичалость — дикость, безумие, чудаковатость.

Озадаченность — удивление, недоумение.

Озлобленность — злобная настроенность.

Опасливость — настороженность, недоверчивость.

Опрятность — чистоплотность, аккуратность.

Оптимизм (оптимистичность) — бодрое и жизнерадостное мироощущение, при котором человек во всем видит светлые стороны, верит в будущее, в успех, в то, что в мире господствует положительное начало, добро.

Оргастичность — способность достигать оргазма, сексуального удовлетворения.

Оробелость — испуганность.

Осмотрительность — осторожность.

Осторожность — предусмотрительность, неопрометчивость.

Отвага — смелость, храбрость.

Ответственность — обладание высокоразвитым чувством долга, ревнивое отношение к своим обязанностям (может быть признаком психастенических черт характера или ананкастного расстройства личности).

Отвлекаемость — готовность быстро реагировать, отвлекаться на внешние раздражители.

Отзывчивость — готовность отозваться на нужды других, помочь.

Откровенность — искренность, чистосердечность.

Отчаянность — смелость до безрассудства.

Памятливость — способность хорошо и длительно сохранять воспоминания.

Панибратство — склонность непочтительно, фамильярно обращаться с тем, кто требует уважительного отношения.

Паранойяльность — готовность к формированию бреда, подозрительность (входит в структуру паранойяльных черт характера и расстройства личности).

Пассивность — 1) непроявление активности, безучастность, вялость; 2) зависимость, лишенность самостоятельности (может быть признаком астенических черт характера или зависимого расстройства личности).

Педантизм — строгость в выполнении всех требований, склонность к чрезвычайной точности и аккуратности (может быть признаком эпилептоидных или психастенических черт характера, а также ананкастного расстройства личности).

Переменчивость — склонность легко менять свое мнение и поведение (может быть признаком истерических черт характера).

Перфекционизм — склонность к совершенству, наилучшему выполнению дела (может быть признаком психастенических черт характера и ананкастных расстройств личности).

Пессимизм (пессимистичность) — мрачное мироощущение, при котором человек не верит в будущее, во всем склонен видеть унылое, плохое, злое.

Пиетет — склонность проявлять глубокое уважение, благоговение к чему/кому-либо.

Плаксивость — склонность и готовность плакать.

Плутоватость — склонность к плутовству, хитрости, лукавству.

Поворотливость — расторопность.

Подавленность — мрачность, погруженность в мир переживаний (может являться признаком депрессивного круга расстройств и пониженного настроения).

Подвижность — живость, легкость, быстрота в движениях, действиях.

Подобострастие — раболепие, угодливость, покорность и льстивость (может быть признаком изменений личности при эпилепсии и эпилептоидных черт характера).

Подозрительность — склонность подозревать, недоверчивость (может быть признаком паранойяльных черт характера и расстройства личности).

Подробность — склонность к детальному, со всеми частностями, мелкими обстоятельствами, анализу ситуаций.

Покладистость — сговорчивость, уступчивость.

Покорность — послушание, уступчивость (может быть признаком астенических черт характера и зависимого расстройства личности).

Польщенность — склонность испытывать удовлетворение от чего-нибудь лестного.

Понурость — уныние.

Понятливость — сообразительность.

Порядочность — честность, склонность действовать в соответствии с принятыми правилами поведения.

Послушание — готовность слушаться, покорность.

Поспешность — торопливость.

Похотливость — сладострастие (может быть признаком гиперсексуальности).

Почтительность — склонность относиться к кому-нибудь с почтением.

Пошлость — безвкусная грубость, вульгарность.

Правдивость — склонность говорить правду, стремиться к правде, прямоте.

Правильность — склонность не отступать от правил, норм, традиций, законопослушание (может быть признаком психастенических черт характера и ананкастного расстройства личности).

Праздность — ничем не занятость, безделье.

Практичность — деловитость, умение разбираться в практических, жизненных делах.

Преданность — всецелая приверженность кому-нибудь или чему-нибудь.

Предвзятость — пристрастность, готовность относиться к окружающим на основании сложившихся заранее и основанных на неприязненном отношении и предубеждений.

Предприимчивость — умение предпринимать что-нибудь в нужный момент, находчивость и практичность.

Представительность — способность выглядеть солидно.

Предупредительность — постоянная готовность оказать услугу, внимательность, любезность.

Прекраснодушие — склонность видеть во всем приятное, прекрасное, сентиментальность.

Пренебрежительность — склонность к высокомерно-презрительному отношению к кому-нибудь или чему-нибудь.

Пресыщенность — склонность испытывать или выражать пресыщение.

Претенциозность — склонность претендовать на оригинальность, демонстрировать собственную нетривиальность, вычурность (может быть признаком истерических черт характера или расстройства личности).

Привередливость — чрезмерная разборчивость, прихотливость, сопровождаемая капризами.

Приветливость — благожелательность, радушие, ласковость.

Привязанность — чувство близости, основанное на преданности, симпатии к кому-чему-нибудь.

Привязчивость — надоедливость, назойливость.

Придирчивость — склонность придираться, указывать, делать замечания.

Признательность — склонность испытывать и выражать чувство благодарности.

Прилежание — усердие.

Примерность — образцовость, способность служить примером.

Примитивность — 1) недостаточная глубина, упрощенность; 2) нравственная неразвитость.

Принципиальность — склонность придерживаться твердых принципов только в основном, не в деталях.

Пристойность — склонность соответствовать правилам приличия.

Притязательность — требовательность (может быть признаком истерических черт характера или расстройства личности).

Прихотливость — капризность, неспособность обходиться имеющимся (может быть признаком истерических черт характера или расстройства личности).

Приязненность — дружественность.

Прожорливость — способность и готовность много есть, ненасытность.

Прозорливость — умение предвидеть, проницательность.

Проницательность — наблюдательность, способность многое замечать, предвидеть, угадывать.

Пронырливость — ловкость, способность проникать всюду путем хитрости, происков.

Простодушие — бесхитростность и доброта (может быть признаком психического инфантилизма).

Простосердечность — добродушие и искренность, сердечность.

Противоречивость — готовность к противоречиям (может быть признаком истерических черт характера или расстройства личности).

Прямодушие — откровенность, прямота характера.

Прямолинейность — откровенность, прямота, лишенные необходимой гибкости, нетактичность (может быть признаком эпилептоидных или паранойяльных черт характера).

Пугливость — склонность к испугу, робость.

Пунктуальность — склонность к точности, аккуратности в исполнении чего-нибудь (может быть признаком эпилептоидных черт характера).

Пуэрилизм — детскость, преобладание в поведение и речи особенностей, свойственных детям (может быть признаком психических и личностных расстройств истерического круга).

Пылкость — обладание пылом, страстность, горячность, повышенная эмоциональность.

Пытливость — любознательность.

Равнодушие — 1) безразличие, безучастность к людям, к окружающему; 2) отсутствие склонности, пристрастия к кому-чему-нибудь.

Радушие — готовность принимать окружающих, гостеприимство.

Разборчивость — строгость в выборе, требовательность.

Развязность — излишняя свобода, непринужденность и грубость в обращении с другими (может быть признаком диссоциального расстройства личности).

Раздражительность — готовность легко приходить в состояние досады, сердиться (может быть признаком многих психических и личностных расстройств).

Разнузданность — готовность дойти до крайней распущенности, беззастенчивость.

Разумность — рассудительность.

Ранимость — готовность остро воспринимать любую обиду, несправедливость, эмотивность (может быть признаком астенических черт характера).

Раскованность — свобода и непринужденный стиль в обращении с людьми, в поведении.

Распутность — разгульность, развратность.

Распущенность— 1) недисциплинированность, своеволие; 2) развратность, безнравственность.

Рассеянность — неумение сосредоточиваться, невнимательность и несобранность (может быть признаком органических или невротических расстройств).

Рассудительность — способность руководствоваться требованиями рассудка, благоразумие.

Растерянность — беспомощность от волнения, сильного потрясения.

Расторопность — способность к быстроте и ловкости в деле, принятии решения.

Расторможенность — возбужденность, неспособность контролировать свое поведение (может быть признаком психомоторного возбуждения).

Расточительство — готовность много и нецелесообразно тратить, расходовать что-нибудь.

Растроганность — взволнованность и умиленность.

Расчетливость — бережливость, готовность действовать с учетом собственных интересов.

Рациональность — способность разумно, целесообразно действовать.

Рачительность — старательность, усердие в исполнении чего-нибудь, бережливость.

Реалистичность — практичность, трезвость взгляда на жизнь.

Ребячливость — склонность вести себя по-ребячески, не по-взрослому.

Ревнивость — 1) склонность ревновать; 2) придирчивость, настороженность и заботливость (может быть признаком паранойяльных черт характера и расстройства личности).

Резвость — подвижность и веселость.

Ретивость — усердие и исполнительность, быстрота.

Религиозность — преданность вере, склонность действовать в соответствии с требованиями и законами той или иной религии.

Решительность — твердость в поступках, непреклонность.

Робость — несмелость, боязливость, опасливость (может быть признаком психастенических черт характера).

Романтичность — мечтательная созерцательность.

Рьяность — выраженное усердие.

Самоволие — склонность поступать только по своему усмотрению, прихоти.

Самодовольство — довольство собой, убежденность в своих достоинствах, заслугах (может быть признаком маниакального состояния).

Самолюбие — обостренное чувство собственного достоинства (может быть признаком истерических черт характера).

Самонадеянность — чрезмерная уверенность в самом себе.

Самоотверженность — склонность жертвовать своими интересами ради других, ради общего блага.

Самостоятельность — независимость, решительность, инициативность.

Саркастичность — склонность к злым, язвительным насмешкам, едкой иронии.

Сварливость — ворчливость, склонность к ссорам.

Свирепость — склонность к зверской жестокости, неукротимости.

Свободолюбие — любовь, стремление к свободе, независимости.

Своеволие — склонность поступать по своей прихоти, совершать что-либо по произволу.

Своенравие — упрямство, капризность, склонность поступать как вздумается (может быть признаком истерических черт характера или расстройства личности).

Сговорчивость — склонность легко соглашаться, покладистость.

Сдержанность — способность владеть собой, умение сдерживаться, поступать без резкостей.

Себялюбие — любовь только к себе самому, эгоизм, эгоцентризм (может быть признаком истерических черт характера или расстройства личности).

Сексапильность — манера, стиль поведения со склонностью к фривольным движениям, жестам, мимике, формирующий представление о чувственном, склонном к сексуальной распущенности человеке.

Сексуальность — чувственность.

Семейственность — приверженность к семье, к семейной жизни.

Сенситивность — повышенная чувствительность, ранимость, неуверенность в себе, повышенная совестливость и склонность к сомнениям, фиксации на своих переживаниях, эмотивность (может быть признаком астенических черт характера).

Сентиментальность — слащавость, готовность легко растрогаться, умилиться, расчувствоваться.

Сердитость — склонность сердиться, раздражительность.

Сердоболие — сострадательность, жалостливость.

Серьезность — вдумчивость и строгость, нелегкомысленность.

Синтонность — способность к эмоциональному отклику.

Сиротливость — тоскливое одиночество, уныние.

Скаредность — повышенная скупость, жадность.

Скептицизм — критически-недоверчивое отношение к чему-нибудь.

Склочность — склонность к ссорам, конфликтам, склокам.

Скромность — сдержанность в обнаружении своих достоинств, заслуг, нехвастливость.

Скрытность — склонность избегать откровенности, не раскрывать себя перед другими.

Скряжничество — скупость.

Скупость — чрезмерная, до жадности бережливость, избегание расходов.

Слабодушие — повышенная эмоциональная лабильность, слезливость, сентиментальность, эмотивность (может быть признаком органического поражения головного мозга, например при церебральном атеросклерозе, или астенических черт характера).

Сладострастие — сексуальная чувственность, похотливость (может быть признаком сексуальных девиаций).

Слащавость — склонность к излишней нежности, льстивости (может быть признаком изменений личности при эпилепсии или эпилептоидных черт характера).

Слезливость — готовность часто плакать (может быть признаком астенического синдрома или черт характера).

Смелость — незнание страха, решительность.

Смешливость — склонность к смеху.

Смиренность — покорность.

Смышленость — сообразительность, понятливость.

Снисходительность — нестрогость, невзыскательность, обидное высокомерие.

Снобизм — усвоение взглядов, поведения, манер, диктуемых стремлением не отстать от моды, быть избранным (может быть признаком истерических черт характера).

Сноровистость — ловкость и расторопность.

Совестливость— чувство нравственной ответственности перед другими, склонность поступать по совести.

Сознательность — склонность правильно оценивать, разумно понимать окружающее, поступать обдуманно.

Сообразительность — понятливость.

Сосредоточенность — направленность, устремленность на что-нибудь одно.

Сострадательность — склонность эмоционально поддерживать людей, быть эмпатичным.

Спесивость — чванливость, гордость.

Справедливость — склонность действовать беспристрастно, основываясь на законных и честных основаниях.

Старательность —склонность делать что-нибудь с усердием и аккуратностью.

Стеничность — повышенная психическая активность, устойчивость воли и стремлений с высокой самооценкой, настойчивость, упорство, упрямство.

Стеснительность — застенчивость (может быть признаком психастенических черт характера или ананкастного расстройства личности).

Стойкость — непоколебимость, упорство, твердость.

Страстность — 1) увлеченность чем-нибудь; 2) чувственность.

Строгость — повышенная требовательность, взыскательность.

Строптивость — упрямство, склонность действовать наперекор кому/чему-нибудь, непокорность.

Стыдливость — застенчивость, стеснительность, склонность к смущению (может быть признаком психастенических черт характера или ананкастного расстройства личности).

Субъективизм — пристрастность, предвзятость, лишенность объективности.

Суеверность — склонность верить в то, что некоторые события представляют собой проявление сверхъестественных сил или служат предзнаменованием будущего.

Суетливость — склонность к суете (может быть признаком повышенной тревожности, психастенических черт характера).

Сумасбродство — безрассудство, склонность действовать по случайной прихоти.

Суматошливость — беспокойность и торопливость в действиях (может быть признаком повышенной тревожности, психастенических черт характера).

Суровость — угрюмость, сердитость, чрезмерная строгость, серьезность.

Сутяжничество — пристрастие к ведению тяжб, склонность добиваться для себя благ судебным путем (может быть признаком психических или личностных расстройств).

Тактичность — склонность учитывать в процессе общения интересы окружающих, проявлять вежливость и учтивость.

Театральность — неестественность, склонность к показным, рассчитанным на внешний эффект, действиям (может быть признаком истерических черт характера).

Темпераментность — повышенная живость, энергичность, эмоциональность.

Тенденциозность— склонность быть пристрастным, необъективным.

Терпеливость — способность терпеть, ждать, выносить тяготы жизни.

Терпимость — умение без вражды, терпеливо относиться к чужому мнению, взглядам, поведению.

Торопливость — склонность торопиться, поспешность.

Точность — готовность действовать в полном соответствии с образцом, требованиями.

Требовательность — строгость, склонность предъявлять высокие требования к чему/кому-нибудь, разборчивость.

Тревожность — наполненность тревогой, беспокойством (может быть признаком психастенических черт характера, а также тревожного или ананкастного расстройства личности).

Трепетность — взволнованное отношение к чему/кому-либо.

Трудолюбие — любовь к труду.

Трусливость — склонность легко поддаться чувству страха.

Тщательность — старательность, обстоятельность (может быть признаком психастенческих и эпилептоидных черт характера, а также ананкастного расстройства личности).

Тщедушие — слабосилие.

Тщеславие — высокомерие, кичливость.

Убежденность — твердая уверенность в чем-нибудь, непоколебимость в своих убеждениях.

Уважительность — умение выражать уважение кому-либо.

Уверенность — твердость, отсутствие сомнений.

Увертливость — умение увертываться, ловкость, изворотливость.

Увлеченность — готовность целиком отдаваться какой-нибудь идее, занятию, чувству.

Угловатость — неловкость и резкость в движениях.

Угодливость — чрезмерная услужливость, льстивость, склонность заискивать перед людьми (может быть признаком изменений личности при эпилепсии или эпилептоидных черт характера).

Угрюмость — мрачность, неприветливость.

Удальство — безудержная, лихая смелость.

Удачливость — обладание удачей, склонность к везению.

Уживчивость — умение уживаться, ладить с другими.

Уклончивость — лишенность искренности.

Улыбчивость — готовность часто улыбаться.

Умелость — обладание умением, искусность.

Уныние — склонность испытывать тоску и печаль.

Упорство — последовательность и твердость в осуществлении чего-нибудь.

Упрямство — крайняя неуступчивость, неготовность поддаваться уговорам, упорство, настойчивость (может быть признаком эпилептоидных черт характера).

Уравновешенность — спокойствие.

Усердие — старательность, рвение.

Усидчивость — способность долго, не отрываясь, сидеть за работой.

Уступчивость — готовность уступить без спора, сговорчивость.

Ухищренность — ловкость, изощренность.

Участливость — склонность проявлять или выражать участие, сопереживание.

Учтивость — почтительность и вежливость.

Уязвимость — готовность легко обижаться.

Фамильярность — неуместная развязность, излишняя непринужденность в общении.

Фанатичность — склонность к фанатизму, исключительной преданности какому-либо делу или необычайной приверженности какой-либо идее.

Фершробен — тип изменения личности, при котором у больного наблюдаются непонятные для окружающих поступки, жесты и мимика, манерные движения, преобладание в речи вычурных, неподходящих по смыслу слов и неологизмов (признак шизофренического круга расстройств).

Формализм — склонность выполнять что-либо только по форме.

Фривольность — легкомысленность, непристойность.

Фригидность — неспособность испытывать оргазм и удовлетворение в сексуальных взаимоотношениях (может быть признаком эндокринных или невротических расстройств).

Халатность — небрежность и недобросовестность в выполнении своих обязанностей.

Ханжество — лицемерие.

Хвастливость — склонность хвастаться.

Хваткость — умение легко постигать, схватывать что-нибудь, сообразительность.

Хитроумие — изобретательность и тонкость.

Хитрость — изворотливость, умение скрывать свои истинные намерения, идти обманными путями, лукавство.

Хладнокровие — спокойствие, умение сохранять самообладание.

Хлопотливость — суетливость.

Храбрость — готовность быть храбрым, смелость.

Целеустремленность — направленность на определенную цель, стремление ее достичь.

Церемонность — склонность к церемониям, жеманство.

Циничность — вызывающе-пренебрежительное и презрительное до наглости и бесстыдства отношение к чему-либо.

Чванливость — кичливость.

Человечность — отзывчивость, гуманность.

Черствость — неотзывчивость, бездушие.

Честность — правдивость, прямота, добросовестность, неспособность лукавить.

Честолюбие — любовь к почестям.

Чистоплотность — 1) опрятность; 2) порядочность, нравственная требовательность к себе.

Чопорность — чрезмерная строгость и принужденность в поведении, в соблюдении приличий.

Чувственность — сексуальность.

Чувствительность — повышенная восприимчивость к внешним воздействиям, раздражениям, эмотивность, ранимость (может быть признаком астенических черт характера).

Чудаковатость — склонность действовать и поступать странно для окружающих (может быть признаком шизоидного круга психических или личностных расстройств, а также черт характера).

Чуткость — отзывчивость, готовность к сочувствию.

Шаловливость — склонность к шалостям, легкомысленности, игривость.

Шкодливость — склонность шкодить, проявлять озорство.

Щеголеватость — нарядность, франтоватость, склонность красоваться.

Щедрость — готовность охотно тратиться на других, нескупость.

Щепетильность— 1) строгость и принципиальность в отношении к чему-нибудь; 2) деликатность.

Эгоистичность — себялюбие.

Эгоцентризм — сознательное или невольное сосредоточение на собственной духовной жизни или материальном существовании.

Экзальтированность — склонность к демонстрированию своего восторга, возбуждения.

Экспансивность — склонность к внешней направленности психической деятельности, высокой психической активности, переоценке собственных способностей и возможностей.

Эксплозивность — взрывчатость (может быть признаком эпилептоидных черт характера и эмоционально неустойчивого расстройства личности).

Экспрессивность — выразительность, склонность к демонстрированию своих эмоций и переживаний.

Экстравагантность — склонность не следовать общепринятым обычаям, проявлять излишнее своеобразие в поступках, манере одеваться.

Экстравертированность — склад характера, характеризующийся преимущественной направленностью активности, установок, стремлений и интересов на внешний мир и окружающих людей.

Эксцентричность — склонность проявлять чрезмерную оригинальность, необычность до странностей (может быть признаком истерических или шизоидных черт характера и расстройств личности).

Элегантность — изысканность, изящество.

Эмотивность — повышенная чувствительность, ранимость (может быть признаком астенических черт характера).

Эмоциональность — 1) насыщенность эмоциями; 2) склонность подвергаться переживаниям, легко возбуждаться.

Эмпатичность — способность понимать эмоциональное состояние другого человека и сопереживать.

Энергичность — наполненность энергией, решительность и активность.

Эротичность — наполненность чувственностью, эротизмом, сексуальность.

Эстетичность — изящество, красивость.

Этичность — готовность следовать правилам этики.

Язвительность — злобная насмешливость, склонность досадить окружающим.

Яростнбсть — наполненность яростью, гневом.

Тезаурус феноменов, отражающих особенности стиля действий, поведения и влечений

Феномены, отражающие особенности действий

Автоматизированные действия — сложные двигательные акты и другие последовательные действия, протекающие без контроля сознания.

Автоматизм гипнотический — выполнение сложных действий с упорядоченным поведением и речью в состоянии гипнотического сна.

Автоматическое блуждание — см. Сомнамбулизм.

Автоматическое хватание — непроизвольное схватывание предметов, находящихся в поле зрения больного, или непроизвольное движение руки больного вслед за передвигающимся предметом (наблюдается при поражении лобных долей мозга).

Мерячение — форма расстройства психики при истерии в виде суженного сознания, автоматической подчиняемости, эхолалии и эхопраксии.

Навязчивые действия — навязчивое состояние в виде непреодолимого стремления совершать определенные движения или действия.

Нарколепсия — болезнь центральной нервной системы, проявляющаяся гипнолепсией, катаплексией, расстройствами ночного сна.

Реакция — общее название патологических изменений психической деятельности, возникающих в ответ на психическую травму или психическое напряжение и находящихся с ними в психологически понятных связях.

Р. алкогольная истерическая — Р. в виде театральности поведения с преувеличенным реагированием на окружающее (наблюдается у больных хроническим алкоголизмом, обычно во второй его стадии).

Р. астеническая — Р. в виде раздражительной слабости, сопровождающейся бессонницей, пониженным настроением, ипохондрией и субъективным ослаблением памяти.

Р. аффективно-шоковая — Р. в виде остро возникающего аффекта страха или ужаса, помрачения сознания и двигательных расстройств.

Р. аффективно-шоковая гиперкинетическая — а.-ш. Р., при которой двигательные расстройства проявляются в форме хаотического возбуждения.

Р. аффективно-шоковая гипокинетическая — а.-ш. Р., при которой двигательные расстройства проявляются в форме ступора.

Р. бегства — примитивная Р. в виде беспорядочного, бессмысленного бегства.

Р. депрессивная — Р. в виде подавленного настроения, тоски с переживаниями, отражающими психическую травму, и двигательной заторможенностью.

Р. ипохондрическая — Р. в виде возникновения у больного убежденности в наличии у него тяжелой болезни.

Р. истерическая — Р. с проявлениями, характерными для истерии.

Р. мнимой смерти — примитивная Р. в виде полной обездвиженное™.

Р. невротическая — Р. в форме астенических, истерических расстройств или навязчивых состояний.

Р. отрыва — Р., возникающая при длительной изоляции человека от коллектива и привычной окружающей обстановки, характеризующаяся напряженностью, возбуждением, беспокойством, страхом или беспричинной веселостью.

Р. параноидная — Р. в виде галлюцинаций и бреда, содержание которых в известной мере отражает обстоятельства, вызвавшие Р.

Р. паранойяльная — Р. в форме бреда, в большей или меньшей степени систематизированного, причем его содержание отражает психотравмирующую ситуацию.

Р. примитивная бредовая — Р. в форме бредовой трактовки окружающего с развитием идей преследования или отношения; возникает под влиянием мотивированного аффекта страха.

Р. психическая личностная — Р., в формировании которой отражается склад личности больного и индивидуальные формы его реагирования на определенные переживания.

Р. психогенная — см. Реакция.

Р. сутяжная — Р. в форме бесконечного обращения в различные учреждения с целью отстаивания своих якобы ущемленных прав, предъявления необоснованных притязаний на восстановление якобы попранной справедливости.

Р. фиксированная — Р., закрепившаяся на длительный срок после исчезновения обстоятельств, послуживших причиной психической травмы или сильного эмоционального напряжения.

Реакция имитации патологическая — подражание мимическим реакциям окружающих (например, в виде смеха, плача, выражения испуга или удивления), без развития соответствующего аффекта.

Реакция «короткого замыкания» — исключительное психическое состояние, возникшее под влиянием случайной внешней причины на фоне длительно скрываемого интенсивного эмоционального напряжения с доминированием в сознании представлений, связанных с источником этого напряжения.

Реакция оппозиции патологическая — появление у детей и подростков отклонений в поведении, имеющих характер противопоставления поведению окружающих лиц (родителей, педагогов и др.).

Синдром абулически-акинетический — сочетание слабости или отсутствия желаний, потребностей, инициативы и интереса к окружающему с молчаливостью, малоподвижностью, вплоть до полной обездвиженности (встречается при органических поражениях ЦНС).

Синдром апатический — сочетание аспонтанности с безразличием к окружающему.

Синдром гиперкинетический — психопатологическое расстройство в виде двигательного возбуждения с преобладанием непроизвольных и экспрессивных (мимика, жестикуляция) движений.

Синдром кататонический — психическое расстройство с преобладанием двигательных нарушений в форме возбуждения, ступора или их последовательного чередования (наблюдается чаще при шизофрении).

Синдром лобный — сочетание резкого снижения интеллекта, в первую очередь памяти и критики, с адинамией, абулией и нарушениями эмоций от беспечности или мори и до состояния злобной раздражительности (наблюдается при болезни Пика, опухолях и травмах с поражением лобной доли большого мозга).

Поведенческие стилевые феномены

Аггравация — преувеличение больным симптомов действительно имеющегося заболевания.

- А. активная — умышленная А., при которой больной принимает меры к ухудшению состояния своего здоровья или затягиванию болезни.
- А. пассивная — умышленная А., ограничивающаяся преувеличением отдельных симптомов, но не сопровождающаяся действиями.
- А. патологическая — А. соматических заболеваний психически больными.
- А. подсознательная — А., вызванная неосознанным стремлением больного привлечь к себе сочувствие окружающих, внимание медицинского персонала.
- А. сознательная — см. Аггравация умышленная.
- А. умышленная — А. с целью извлечения каких-либо выгод; А. у., сопряженная с нарушением закона.

Акайрия — нарушение психики, характеризующееся назойливостью, склонностью к повторению одних и тех же вопросов, просьб, стереотипных обращений.

Амбитендентность — поведение, носящее характер двойственности и противоречивости (признак шизофренических расстройств).

Аскетизм — строгий образ жизни с отказом от жизненных благ и удовольствий, уединенность, отшельничество.

Аспонтанность — отсутствие побуждений кдвигательной, речевой, психической и другим видам деятельности (встречается при поражениях лобной доли коры головного мозга, а также при шизофрении).

Аутизм — погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утратой интереса к реальности, отсут-

ствием стремления к общению с окружающими людьми, скудостью эмоциональных проявлений (встречается чаще при шизофреническом спектре расстройств).

Афера — поведение, характеризующееся недобросовестностью, мошенничеством.

Банальное поведение — поведение, лишенное оригинальности, тривиальность.

Безволие — слабохарактерность, отсутствие силы воли.

Безделье — пребывание без дела, в праздности.

Безрассудство — отсутствие рассудительности, склонность к безрассудным поступкам, неосмотрительность.

Безропотность — поведение, характеризующееся покорностью, отсутствием роптания.

Безынициативность — лишенность инициативы, пассивность.

Беспутство — безнравственный образ жизни, непристойное поведение.

Бесстыдство — поведение, носящее бесстыдный характер, грубо нарушающее порядок.

Бестактность — поведение, лишенное чуткости и тактичности в обхождении с людьми.

Бравирование — пренебрежение чем-либо ради показной храбрости, рисовка, позерство.

Вольность— 1) поведение, характеризующееся свободой, независимостью, неограниченностью какими-нибудь правилами, нормами, законом; 2) непринужденность, нескромность, нестрогость.

Выносливость — физическая сила, стойкость, способность много вынести.

Вычурность — излишняя затейливость, нарочитая усложненность, замысловатость (чаще является признаком истерического или нарциссического личностного радикала).

Вялость — лишенность бодрости, энергии.

Гаерничание — кривляние.

Гебефреническое поведение — поведение, являющееся проявлением одной из форм шизофрении, возникающее в юношеском возрасте и характеризующееся хаотически сменяющимися полиморфными аффективными, бредовыми, галлюцинаторными и кататоническими расстройствами с быстрым развитием глубокого слабоумия.

Гебоидное поведение — поведение, характеризующееся преобладанием парабулий (склонность к воровству, сексуальным эксцессам, злоупотреблению алкоголем и наркотическими средствами, бродяжничеству), сочетающееся с социальной дезадаптацией, отчетливым эмоциональным огрубением (встречаются среди больных шизофренией и расстройствами личности в пубертатном и юношеском возрасте).

Грубость — невежливый, неучтивый поступок в отношении кого-либо; выражение неуважения, пренебрежения.

Дурашливость — расстройство поведения, характеризующееся кривлянием, гримасничаньем, немотивированным смехом, нелепыми и плоскими шутками.

Жеманность — лишенность простоты и естественности, манерность.

Жестокость — беспощадный, безжалостный поступок; крайне суровый и грубый.

Замкнутость — особенность поведения, заключающаяся в недостаточности или отсутствии стремления к общению с другими людьми.

Импульсивность — форма поведения, при которой действия, поступки возникают в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями и протекают насильственно без высшего уровня контроля личности, по типу реакции «короткого замыкания» (может быть признаком личностных, шизофренических и органических расстройств).

Инертность — бездеятельность, безынициативность.

Инициативность — 1) проявление инициативы в каком-нибудь деле; 2) предприимчивость.

Интровертированность — поведение, характеризующееся склонностью к жизни в мире собственных мыслей, представлений и чувств, слабостью контактов с окружающими людьми, пассивностью.

Инфантильность — детскость, незрелость поведения.

Кликушество — судорожные припадки, причитания, взвизгивания (проявление истерии).

Кокетство — поведение, направленное на завоевание чьего-либо внимания, выставление напоказ своих достоинств с целью понравиться.

Компульсивность — форма поведения, при которой действия, поступки возникают в связи с непреодолимыми влечениями, побуждениями и совершаются насильственно, хотя и осознаются как неправильные (навязчивости двигательные); чаще встречаются при невротических и органических расстройствах.

Кощунство — глумление, надругательство над кем/чем-нибудь почитаемым, над святыней, богохульство.

Лакейство — поведение, характеризующееся раболепством, угодничеством.

Лебезить — заискивать, угодничать.

Легкомыслие — несерьезность, необдуманность в поступках, бездумное поведение.

Лень — отсутствие желания действовать, трудиться, склонность к безделью.

Лицемерие — поведение, прикрывающее неискренность, злонамеренность притворным чистосердечием, добродетелью.

Лукавство — 1) хитрость, коварство; 2) веселый задор, игривость.

Любопытство — 1) мелочный интерес ко всяким, даже несущественным, подробностям; 2) стремление узнать, увидеть что-нибудь новое, проявление интереса к чему-нибудь.

Малодушие — отсутствие твердости духа, решительности, мужества.

Манерность — нарушение поведения в форме вычурности, высокопарности и неестественности движений, мимики, лишенность простоты и естественности, жеманность (может являться признаком истерического круга расстройств).

Мнительность — готовность видеть во всем что-нибудь для себя неблагоприятное, опасливость.

Наивность — поведение, характеризующееся повышенной доверчивостью по отношению к окружающим и некритичностью.

Наигранность — притворство, неискренность.

Нарочитость — поведение, характеризующееся намеренностью, умышленностью.

Негативизм — противодействие человека лицу, вступившему с ним в контакт.

Н. активный — Н. в форме противодействия больного любым инструкциям и выполнения других действий вместо требуемых.

Н. парадоксальный — Н. в форме выполнения больным действий, противоположных предложенным (отнимает руку, когда врач в качестве приветствия протягивает свою, и т. п.).

Н. пассивный — Н. в форме сопротивления любому пассивному изменению положения тела и конечностей, что сопровождается резким повышением мышечного тонуса.

Н. просоночный — Н., возникающий в момент засыпания или неполного пробуждения; иногда сопровождается агрессивными реакциями.

Н. речевой — Н. в форме отказа отвечать на вопрос или в виде ответов, не относящихся к заданным вопросам.

Недоверие — сомнение в правдивости, подозрительность, отсутствие доверия.

Недоумение — состояние сомнения, колебания вследствие невозможности понять, в чем дело.

Нигилизм — полное отрицание всего, полный скептицизм.

Обескураженность — растерянность, озадаченность.

Одиночество — состояние одинокого человека.

Ожесточение — 1) состояние крайнего, доходящего до жестокости озлобления; 2) крайнее напряжение, упорство.

Отшельничество — склонность к длительному уединению, аскетизму.

Патетичность — страстность, взволнованность, наполненность пафосом.

Педантизм — поведение, выражающееся в строгом соблюдении традиций, норм и правил, склонность к преувеличенной аккуратности, приверженности порядку даже в мелочах.

Перфекционизм — поведение, характеризующееся стремлением к совершенству, тщательности при выполнении каких-либо заданий.

Поведение — совокупность действий, осуществляемых индивидом в процессе взаимодействия со средой.

П. абсурдное— поведение, носящее нелепый, бессмысленный характер (встречается при личностных, невротических, шизфоренических расстройствах).

П. авантюристичное — поведение, проникнутое авантюризмом.

П. аддиктивное — П., характеризующееся стремлением к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния (например, путем приема алкоголя или наркотических веществ).

П. бредовое— П. психически больного, определяемое бредовыми мотивами и суждениями.

П. вызывающее — П., характеризующееся стремлением вызвать конфликт с окружающими, спровоцировать их на ответные действия, обратить на себя внимание.

П. девиантное — система поступков, противоречащих принятым в обществе нормам; проявляется в несбалансированности психических процессов, неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в уклонении от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением.

П. делинквентное — П., характеризующееся склонностью к совершению правонарушений, проступков.

П. диссимулятивное — П. больного, характеризующееся склонностью к сокрытию симптомов заболевания.

П. истеричное (истерическое) — П., характеризующееся капризностью, эмоциональной лабильностью, стремлением привлечь к себе внимание.

П. криминальное — П., характеризующееся склонностью к совершению преступлений.

П. конформное — П., характеризующееся склонностью поступать в соответствии с требованиями социума, не выделяться, быть «как все».

П. нарочитое — П., характеризующееся театральностью, неестественностью (может быть признаком истерических черт характера или расстройства личности).

П. неадекватное — П., не соответствующее окружающей обстановке и принятым нормам.

П. отклоняющееся — девиантное П.

П. развязное — поведение, характеризующееся дерзостью, излишней непринужденностью, наглостью и самодовольством.

П. рентное — П., направленное на извлечение выгоды.

П. ритуальное поведение — простое или сложное движение или действие, выполняемое против воли и вопреки разуму для предотвращения воображаемого несчастья или с целью его преодоления; возникает при наличии фобий, сомнений, других навязчивых состояний, а также в силу суеверий и традиций.

П. симулятивное — П., направленное на демонстрацию симптомов не существующего у человека заболевания с целью извлечь выгоду.

П. установочное— П., обусловленное сознаваемым или неосознанным стремлением воспроизвести или скрыть болезненное состояние.

П. эксцентричное — П., характеризующееся крайней степенью необычности, вызывающее П.

П. эпатирующее — вызывающее П.

Позерство — притворство в поведении, манерах, словах; стремление принимать позу.

Пренебрежение — высокомерное, лишенное уважения и внимания отношение к кому-чему-нибудь.

Синдром Ван Гога — нанесение психически больным калечащего повреждения самому себе (отрезание части тела, обширные разрезы) или предъяв-

ление врачу настойчивых требований произвести хирургическое вмешательство, обусловленное наличием ипохондрического бреда, галлюцинаций, импульсивных влечений.

Синдром гебефренический — сочетание двигательного и речевого возбуждения с эйфорией, дурашливостью, пуэрильным поведением (наблюдается при шизофрении).

Синдром гебоидный — сочетание аффективно-волевых нарушений с относительной сохранностью интеллектуальных функций, проявляющееся грубоватостью, негативизмом, ослаблением самоконтроля, извращенным характером эмоциональных реакций и влечений, что приводит к антиобщественному поведению и выраженной социальной дезадаптации; встречается в подростковом и юношеском возрасте при шизофрении и, реже, при некоторых формах личностных расстройств.

Скептицизм — критически-недоверчивое, исполненное сомнения отношение к чему-нибудь.

Сомнение — 1) неуверенность в истинности чего-нибудь, отсутствие твердой веры в кого-что-нибудь; 2) затруднение, недоумение при разрешении какого-либо вопроса.

Стеснение — проявление стеснительности, робости.

Суетливость —совершение бесполезных действий и движений, торопливость.

Театральность— особенность поведения, заключающаяся в преувеличенно выразительной мимике, пантомимике и речи, рассчитанных на привлечение к себе внимания.

Цинизм — пренебрежительное отношение к нормам общественной морали, нравственности, наглость, бесстыдство.

Наиболее сложным для дифференциальной диагностики из поведенческих феноменов считается синонимический ряд, включающий аутизм-интроверсию-аскетизм-замкнутость-нелюдимость... Учитывая выбранную феноменологически ориентированную диагностическую парадигму, следует отметить, что использование термина-симптома «аутизм» можно признать обоснованным лишь в случае подтверждения его патологического характера. Критериями же диагностики симптома аутизма являются: 1) сочетание замкнутости с эмоциональной холодностью, апатией; 2) отсутствие критического отношения и желания быть менее замкнутым, общительным; 3) нередкое присоединение мыслительных и речевых расстройств.

Феномены, отражающие особенности влечений

Абулия — патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности (психопатологический симптом, характерный для шизофрении и реже встречающийся при некоторых органических заболеваниях головного мозга).

Агромания — стремление к жизни в одиночестве на лоне природы.

Айлурофилия — патологическая привязанность к кошкам.

Алкоголизм — психическое расстройство (заболевание), характеризующееся физической и психической потребностью употребления алкоголя и выраженным абстинентным синдромом, характеризующимся вегетативной симптоматикой при отсутствии возможности принять алкоголь, а также специфическими изменениями личности, пьянство.

Алчность — жадность, страстное желание обладания чем-либо.

Аллотриофагия — психическое расстройство, выражающееся в стремлении к поеданию несъедобных веществ.

Амблинойя — патологическая затрудненность принятия каких-либо решений (например, при обсессивно-компульсивном личностном расстройстве, психастенической акцентуации характера).

Анонимография — патологическое влечение к сочинению анонимных писем.

Анорексия — отсутствие аппетита при наличии физиологической потребности в питании, обусловленное нарушениями деятельности пищевого центра.

Арифмомания — склонность к навязчивому счету.

Аппетит — позыв к еде.

А. извращенный — усиленная потребность в нетрадиционной пище, пикацизм, парорексия (может быть признаком эндокринных или психических заболеваний и некоторых физиологических состояний, например беременности).

А. отсутствующий — анорексия.

А. патологический — неконтролируемая и повышенная потребность в еде, булимия, «волчий аппетит».

Аспонтанность — отсутствие каких бы то ни было побуждений.

Аэрофагия — стремление к заглатыванию избыточного количества воздуха с последующим его отрыгиванием (наблюдается при неправильном приеме пищи, например при быстрой еде, при некоторых заболеваниях пищеварительного аппарата, при невротических расстройствах; может быть осознанным актом).

Библиоклептомания — вид клептомании: стремление к похищению книг.

Библиомания — патологическая страсть к коллекционированию книг.

Бродяжничество — склонность к постоянной перемене места жительства, дромомания.

Бруксомания — приступообразное скрежетание зубами во время бодрствования.

Булимия — патологическое, резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе, ситомания (наблюдается при гиперинсулинизме, поражениях головного мозга, психических расстройствах).

Влечение — возникающее независимо от сознания субъективное переживание потребности, стимулирующее деятельность человека и придающее ей направленность.

В. импульсивное— патологическое В., внезапно овладевающее личностью, подавляющее иные желания, подчиняющее себе все поведение

больного; продолжается от нескольких минут до нескольких суток, критическое отношение к В. и. отсутствует (является признаком личностных или шизофренических расстройств).

В. контрастное— навязчивое В., по своему характеру противоположное диктуемым данной обстановкой, запретное или неуместное в ней, противоречащее этическим и социальным установкам больного (встречается при невротических, личностных и шизофренических расстройствах).

В. навязчивое — В. совершать ненужные и даже опасные действия, болезненность которых осознается больным; сопровождается страхом или тревогой.

Вожделение — страстное желание, сильное чувственное влечение.

Вуайеризм — влечение (страсть) к подглядыванию за обнажением или сексуальными контактами людей.

Гемблинг — неконтролируемое стремление участвовать в азартных играх, влечение к игре, характеризующейся высоким риском (является разновидностью аддиктивного поведения).

Гипергедония — патологически повышенное стремление к наслаждениям и развлечениям.

Гипобулия — состояние психики, характеризующееся снижением желаний и побуждений к деятельности (является признаком психических или неврологических заболеваний).

Голод — желание, потребность в еде.

Голод патологический — ненасытность, прожорливость, булимия.

Гомицидомания — навязчивое влечение к убийству.

Гомосексуализм — сексуальное влечение к лицам собственного пола.

Графомания — патологическое стремление много писать (сочинять), публиковаться.

Дакномания — навязчивое стремление кусать окружающих.

Дерматомания — навязчивое стремление к самоповреждению кожных покровов, выдергиванию волос, обкусыванию ногтей и губ.

Дипсомания — периодически возникающее на фоне подавленного настроения импульсивное влечение к пьянству длительностью от нескольких дней до недель; в промежутках между запоями наблюдается полное воздержание от алкоголя.

Доромания — навязчивое стремление делать подарки без учета своих материальных возможностей.

Дромомания — импульсивное влечение к перемене мест.

Жажда — желание, потребность пить при ощущении сухости во рту.

Жажда патологическая — ненасытное желание пить, полидипсия.

Зоофилия — сексуальное влечение к животным.

Инцест — сексуальное влечение к кровным родственникам.

Кверулянтство — расстройство поведения, выражающееся сутяжничеством, борьбой против мелких, иногда мнимых обид, но не достигающее степени бредового поведения.

Клазомания — возникновение приступов насильственного крика или громкого пения, не сопровождающихся расстройством сознания (симптом органического поражения базальных ядер головного мозга).

Клаустромания — страх и нежелание выйти из запертого помещения.

Клаустрофилия — навязчивое стремление запирать окна и двери из-за страха оказаться одному в незапертом помещении.

Клептомания — импульсивное, немотивируемое влечение к воровству.

Клиномания — навязчивое стремление к лежанию в постели при отсутствии объективных показаний к постельному режиму.

Копрофагия — стремление поедать кал.

Ктиномания — стремление мучить, убивать животных или наблюдать картину их гибели.

Мазохизм — влечение унижать, оскорблять или причинять физические страдания самому себе во время сексуального контакта.

Мифомания — см. Фантазирование истерическое.

Навязчивый счет — навязчивое состояние в виде непреодолимого стремления считать какие-либо объекты (окна, дома, прохожих), арифмомания.

Наркомания — психическое расстройство (заболевание), характеризующееся физической и психической потребностью в употреблении наркотических веществ и выраженным абстинентным синдромом, характеризующимся вегетативной симптоматикой, при отсутствии возможности принять наркотическое средство, а также специфическими изменениями личности (может быть формой аддиктивного поведения).

Некромания — патологическое влечение к осквернению трупов.

Некрофилия — сексуальное влечение к трупам.

Ностомания — навязчивое или импульсивное стремление возвратиться на родину.

Обжорство — неумеренность, жадность в еде, чревоугодие.

Онихотилломания — дерматомания, выражающаяся в стремлении разрушать свои ногтевые пластинки какими-либо инструментами.

Онихофагия — навязчивое обкусывание ногтей.

Онихохейлофагия — навязчивое обкусывание ногтей и губ.

Ономатомания — навязчивое влечение к припоминанию собственных имен, дат, названий предметов, редких слов.

Парабулия — общее название расстройств волевой деятельности.

Парорексия — см. Аппетит извращенный.

Патологическая лживость — см. Псевдология.

Патологическая ревность — 1) сверхценная или бредовая идея ревности у психически больного; 2) повышенная ревность, возникающая без достаточного основания и сопровождающаяся сильными аффективными реакциями.

Патологический альтруизм — основанная на бредовой идее активная солидарность с другими лицами, проявляющаяся в виде оказания им «помощи», нередко приносящей вред.

Патологический педантизм — утрированное стремление психически больного к поддержанию порядка и скрупулезному выполнению своих обязанностей.

Патологическое коллекционирование — собирание различных, часто необычных, но всегда определенных предметов при доминировании этого увлечения над другими видами психической деятельности (может быть признаком аддиктивного поведения).

Педофилия — сексуальное влечение к детям.

Пикацизм — см. Аппетит извращенный.

Пиромания — импульсивное влечение к поджогу.

Полиграфия — см. Графомания.

Полидипсия — повышенное потребление жидкости, обусловленное патологически усиленной жаждой.

Полифагия — чрезмерное потребление пищи.

Пориомания — см. Дромомания.

Привычка — образ действий, склонность, ставшая обычной и постоянной.

Прожорливость — патологический голод, неспособность утолить чувство голода, булимия, ситомания.

Промискуитет — стремление к частым сексуальных контактам с различными партнерами.

Псевдология — патологическая склонность к сообщениям о вымышленных событиях, приключениях, встречах, как правило, с целью возвышения собственной личности во мнении окружающих.

Руминация — многократное пережевывание периодически проглатываемой и произвольно отрыгиваемой пищи (наблюдается при некоторых психических расстройствах).

Садизм — влечение унижать, оскорблять или причинять физические страдания сексуальному партнеру.

Садомазохизм — сочетание садистического и мазохистического влечений.

Самоубийство — умышленное лишение себя жизни.

С. альтруистическое — см. Самоубийство расширенное.

С. двойное — С, совершаемое одновременно двумя, обычно близкими, лицами.

С. расширенное — С, которому предшествует совершение убийства любимых людей, в т. ч. ближайших родственников самоубийцы, с целью избавления их от предполагаемых тяжких страданий.

Сверхценное увлечение — вид деятельности, обладающий для человека особой аффективной насыщенностью и приобретающий доминирующее значение для его личности (например, коллекционирование, разработка системы мероприятий для сохранения собственного здоровья); может быть признаком аддиктивного поведения.

Ситомания — резко повышенная потребность в пище, осознаваемая как проявление болезни.

Скатофилия — патологическое влечение к манипуляции каловыми массами.

Страсть — 1) сильная любовь, чувственное влечение; 2) сильно выраженное чувство, воодушевленность; 3) крайнее увлечение, пристрастие к чему-нибудь.

Суицидомания — навязчивое влечение, выражающееся в упорном стремлении к совершению самоубийства.

Тафофилия — патологическое влечение присутствовать на похоронах.

Тахифагия — быстрое поедание пиши, заглатывание ее без прожевывания.

Токсикомания — психическое расстройство (заболевание), характеризующееся физической и психической потребностью употребления токсических веществ и выраженным абстинентным синдромом, характеризующимся вегетативной симптоматикой при отсутствии возможности принять токсическое вещество, а также специфическими изменениями личности (может быть формой аддиктивного поведения).

Трихокриптомания — см. Трихотилломания.

Трихопатофобия — см. Трихофобия.

Трихотилломания — навязчивое влечение к выдергиванию волос на голове или других частях собственного тела.

Трихофагия — патологическое влечение к поеданию волос.

Хейлофагия — навязчивое действие в форме постоянного покусывания губ.

Чревоугодие — обжорство.

Шизобулия — наличие у больного противоположных волевых тенденций и стремлений, амбитендентность (симптом шизофрении).

Эксгибиционизм — влечение демонстрировать свои половые органы или собственные сексуальные контакты.

Эротографомания — непрерывное стремление к составлению любовных писем.

Эротодромомания — импульсивное влечение к бродяжничеству, сопряженное с сексуальными эксцессами.

Эротомания — патологически повышенное половое влечение; часто сопровождается сексуальными перверсиями.

Эфебофилия — сексуальное влечение к подросткам.

Дифференциация влечений, являющихся психологическими феноменами, признаками нормы психической деятельности, и психопатологических влечений (парабулий) является достаточно сложным процессом. Границу между ними провести крайне трудно. Именно поэтому во многих классификациях при оценке феноменов, отражающих особенности влечений, предлагается использовать спектральный принцип. Его сутью является частотное распределение влечений с оценкой доминирования нетрадиционного (необычного) влечения над обычным. Например, данный принцип применяется при дифференциации сексуальных девиаций и перверсий. Нетрадиционный способ достижения сексуального удовлетворения признается патологическим сексуальным влечением лишь тогда, когда он становится единственным или доминирующим способом удовлетворения потребности. Феноменологический принцип диагностики предполагает использование психопатологических терминов только в случае обнаружения в них признаков симптомов, а не феноменов. Так, крайне часто и неправомерно широко применяется психопатологический термин «клептомания», замещая собой феномен «воровства», «булимия» — вместо «обжорства».

Диагностический интерес представляет и отграничение разнообразных «маний» как психопатологических симптомов от обычных «влечений». К примеру, булимией или ситоманией, характеризующимися резко повышенной потребностью в пище, можно обозначить феноменологическое проявление усиления аппетита лишь в случае признания его девиантным или патологическим. А это возможно при обнаружении таких признаков, как постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище, проявляющаяся периодически возникающими и учащающимися эпизодами переедания с последующим желанием вызвать рвоту, в сочетании со страхом ожирения. В данном случае важным является использование спектрального диагностического подхода. В синонимическом ряду патологии влечений (парабулиям) противостоят привычки.

Тезаурус эмоциональных феноменов и девиаций

Психолого-психиатрические синонимические ряды в сфере эмоций основываются на альтернативе норма — патология, исходя из критериев, описанных К. Ясперсом. Категория нормы применима к эмоциональным переживаниям человека в случаях, когда: а) человеку удается держать свои переживания под контролем; б) переживания не приводят к психологически непрозрачным последствиям, расстраивающим ход психической жизни; в) переживания представляются более или менее возможными в жизни любого человека.

Переживания с оттенком повышения настроения

Характеристика: доминирующим является повышение настроения, проявляющееся повышенной активностью, улыбчивостыо, восторженностью, радостью, готовностью принимать окружающих такими, какие они есть, отказом от конфронтации, уживчивостью и демонстрацией расположения.

Синонимический ряд:

Азарт, благоговение, благодушие, блаженство, вдохновение, веселье, воллюст, восторг, восхищение, воодушевление, гордость, добродушие, жизнерадостность, задор, истома, наслаждение, нирвана, оргазм, пыл, радость, симпатия, счастье, упоение, умиление, экстаз, экзальтация.

Эйфория, гипомания, гипертимия, мания, мория, паргедония.

Азарт — сильное с оттенком радостной заинтересованности возбуждение, задор, увлечение.

Благоговение — глубочайшее почтение, уважение.

Благодушие — спокойно-беззаботное и радостное состояние.

Блаженство — полное и невозмутимое счастье, наслаждение.

Вдохновение — творческий подъем, радостное ощущение прилива творческих сил.

Веселье — беззаботно-радостное настроение, оживленное, радостное времяпрепровождение.

Воллюст — сладострастное чувство, сопровождающее половой акт, оргазм.

Воодушевление — чувство подъема духа от чего-нибудь, вдохновение, увлечение.

Восторг — подъем радостных чувств, восхищение.

Восторженность — склонность к восторгу, экзальтированность.

Восхищение — высшее удовлетворение, восторг.

Гипертимия — повышенное настроение, сопровождающееся усиленной двигательной и психической активностью (может быть признаком аффективных или личностных расстройств).

Гипомания — нерезко выраженное маниакальное состояние (может быть признаком аффективных, органических или личностных расстройств).

Горделивость — выражение гордости и достоинства, надменность.

Гордость — 1) чувство собственного достоинства, самоуважения; чувство удовлетворения от чего-либо; 2) высокомерие, чрезмерно высокое мнение о себе, спесь.

Добродушие — доброта и мягкость, незлобивость.

Жизнерадостность — отсутствие уныния, радостность, бодрость.

Задор — 1) страстность, горячность в поведении, работе; 2) запальчивое, вызывающее поведение, вызывающий тон.

Зачарованность — благодушная завороженность (может быть признаком онейроидного расстройства сознания).

Истома — чувство приятной расслабленности.

Мания (синдром маниакальный) — общее название психопатологических состояний с преобладанием повышенного настроения, психомоторного и идеаторного возбуждения (встречается чаще при биполярном аффективном расстройстве, шизофрении и органических психических расстройствах).

Мория — патологически повышенное настроение с беспечностью, дурашливостью, склонностью к неуместным каламбурам, шуткам и проказам (является характерной для гебефрении).

Наслаждение — высшая степень удовольствия.

Нирвана — состояние наивысшего блаженства, радости и счастья.

Оргазм — высшая степень сладострастного ощущения, возникающая в момент завершения полового акта или при других формах половой разрядки.

Паргедония — сексуальное удовлетворение, получаемое в условиях сексульной перверсии.

Пыл — душевный подъем, горячность.

Радость — веселое чувство, ощущение большого душевного удовлетворения.

Симпатия — чувство сострадания и положительного отношения к человеку.

Счастье — чувство и состояние полного, высшего удовлетворения.

Умиление — нежное чувство, возбуждаемое чем-нибудь трогательным (может входить в структуру симптома аффективной инконтиненции, слабодушия).

Удовольствие — чувство радости, блаженство.
Упоение — состояние восторга, наслаждения.
Эйфория — повышенное, беззаботное настроение, сочетающееся с беспечностью и недостаточной критичностью к собственному поведению и высказываниям (можетявляться составной частью маниакального синдрома).
Экзальтация — восторженно-возбужденное состояние (может быть признаком истерических черт характера и личностных расстройств).
Экстаз — исступленно-восторженное состояние (может быть признаком маниакального состояния).

Синонимический ряд эмоциональных переживаний, отражающих повышение настроения; представлен широким спектром феноменов, различающихся между собой степенью проявления повышенного настроения, выразительностью и специфичностью экспрессии, изменением двигательной, мыслительной и речевой активности, самооценки и оценки отношения к окружающим. Граница адекватного (в норме) и патологического повышения настроения обнаруживается на основании: 1) обоснованности повышения настроения, то есть наличия причинно-следственной связи между какими-либо событиями в жизни и повышением (улучшением) настроения, значимостью события и выраженностью повышения настроения; 2) появлением в случае психопатологии мыслительных и речевых расстройств (ускорения мышления до симптома «скачки идей», бессвязности и атаксии мышления, инкогеренции, резонерства, «словесного салата» и др.), непродуктивности и дезорганизации поведения (психомоторного возбуждения, гневливости, суетливости, неусидчивости, дурашливости, нарушений сна— бессонницы), нарушения межличностных взаимоотношений (некорректности, нетактичности высказываний и поступков, излишней назойливости и утраты чувства дистанции при общении, гиперсексуальности), завышения самооценки (иногда до степени бреда величия). Лишь при обнаружении какого-либо из перечисленных критериев допустимо обозначать повышение настроения психопатологическим симптомом — маниакальным синдромом, гипоманией, гипертимией, эйфорией или морией.

Переживания с оттенком понижения настроения и тревожностью

Характеристика: доминирует ожидание какой-то трагедии, неприятностей, двигательное беспокойство и повышенная активность, невозможность сосредоточиться на какой-либо деятельности, избегание ситуаций, способных вызвать подобные эмоциональные переживания.

Синонимический ряд:

Беспокойство, боязнь, взволнованность, волнение, замешательство, испуг, исступление, напряженность, настороженность, недоумение, растерянность, смущение, тревога, паника, страх, ужас, фрустрация.

Ажитация, возбуждение, раптус, фобия.

Ажитация — выраженное двигательное возбуждение, волнение с аффектом тревоги и страха.

Беспокойство — тревожность, ощущение надвигающегося несчастья.

Боязнь — страх перед кем/чем-нибудь.

Взволнованность — наполненность волнением, трагическим ожиданием.

Возбуждение — взволнованность, сочетающаяся с нецеленаправленной и непродуктивной двигательной активностью.

Волнение — сильная тревога, душевное беспокойство.

Замешательство — внезапное нарушение порядка, смятение, растерянность.

Испуг — внезапное чувство страха.

Исступление — крайняя степень возбуждения, страсти.

Напряженность— 1) настороженность, ожидание угрозы, трагического события; 2) состояние, возникающее на фоне глубокого психического переживания или расстройства (бреда, галлюцинаций, измененного сознания) и проявляющееся настороженно-сосредоточенной позой, малодоступностью, готовностью к внезапным действиям (агрессии, бегству, самоповреждению).

Настороженность — напряженно-внимательное ожидание чего-либо.

Недоумение — состояние сомнения, колебания вследствие невозможности понять, в чем дело.

Оторопь — крайнее недоумение, испуг, замешательство.

Ошеломление — состояние крайнего удивления и озадаченности.

Паника — крайний, неудержимый страх, охватывающий человека или многих людей.

Раптус — исступленное возбуждение, сопровождающееся неспособностью человека контролировать собственное поведение и реакции.

Смущение — замешательство, состояние застенчивости, стыда.

Страх — отрицательно окрашенная эмоция, сопровождаемая напряженностью, чувством опасности для жизни и разнообразными вегетативными нарушениями («страх в голове», страх навязчивый (фобия), страх предсердечный, страх страха — фобофобия, страхи ночные — pavor noctumus).

Тревога — состояние внутреннего беспокойства, сопровождающееся неусидчивостью, аффект ожидания какого-либо неприятного события.

Ужас — чувство сильного страха, доходящее до подавленности, оцепенения.

Фобия — навязчивое состояние в виде непреодолимой боязни некоторых предметов, движений, действий, поступков, ситуаций; содержанием Ф. может быть любое явление обыденной жизни.

Аблютомания — навязчивое стремление к мытью рук, связанное с боязнью заразиться чем-нибудь.

Агорафобия — боязнь открытых пространств (площадей, широких улиц).

Айлурофобия — боязнь кошек.

Айхмофобия — боязнь прикосновения к телу тонкого заостренного предмета или пальца.

Акарофобия — боязнь заболеть чесоткой.

Акнефобия — боязнь появления на коже угрей.

Акрибофобия — навязчивое сомнение в правильности понимания смысла прочитанного.

Акрофобия — боязнь высоты или высоких мест (балконов, крыш, башен и др.), сопровождающаяся головокружением.

Амаксофобия — боязнь колесного транспорта.

Аматофобия — боязнь пыли.

Амихофобия — боязнь повреждения кожи.

Ангинофобия — боязнь приступов стенокардии.

Андрофобия — боязнь полового акта у женщины.

Анемофобия — боязнь быть застигнутым бурей (ветром).

Антропофобия — боязнь людей, особенно незнакомых.

Апейрофобия — боязнь бесконечности.

Апифобия — боязнь пчел и ос.

Апопатофобия — боязнь уборных.

Арахнофобия — боязнь пауков.

Астрапофобия — боязнь молний.

Астрофобия — боязнь звезд и звездного неба.

Атаксиофобия — боязнь нарушения координации движений.

Аутомизофобия — боязнь распространения больным неприятных запахов (пота, кала, кишечных газов и т. д.), затрудняющая его общение с другими людьми.

Аутофобия — боязнь одиночества.

Аэрофобия — боязнь сквозняков.

Базофобия — боязнь ходьбы.

Бактериофобия — боязнь заражения микробами.

Баллистофобия — боязнь поражения бомбой, снарядом или пулей.

Барофобия — боязнь подъема тяжестей.

Батофобия — боязнь глубины (водоема).

Белонофобия — боязнь попадания в организм игл.

Бромидрофобия — боязнь появления заметного для окружающих запаха собственного тела.

Бронтофобия — боязнь грома.

Вертигофобия — боязнь головокружения и потери равновесия.

Водобоязнь — см. Гидрофобия.

Вомитофобия — боязнь возникновения рвоты.

Гамартофобия — боязнь совершения греха, недостойного поступка.

Гаптофобия — боязнь прикосновения окружающих людей.

Гарпаксофобия — боязнь оказаться жертвой ограбления.

Гедонофобия — боязнь наслаждения.

Гельминтофобия — боязнь заражения гельминтами.

Геронтофобия — боязнь встречи с лицами старческого возраста.

Гефирофобия — боязнь перехода моста.

Гидрозофобия — боязнь вспотеть и вследствие этого простудиться или стать источником неприятного запаха.

Гидрофобия — боязнь возникновения мучительных глотательных судорог при попытке сделать глоток воды, при виде воды или упоминании о ней.

Гилофобия — боязнь леса.

Гинекофобия — боязнь женщин.

Гипенгиофобия — боязнь ответственности.

Гипнофобия — боязнь заснуть из-за опасения смерти во время сна.

Гипсофобия — боязнь подъема и пребывания на высоте.

Гомилофобия — боязнь общения с людьми из-за опасения стать объектом повышенного внимания, выглядеть смешным, оказаться в жалком положении.

Графофобия — боязнь писать.

Демонофобия — боязнь «дьявола», «нечистой силы».

Демофобия — боязнь толпы.

Дерматопатофобия — боязнь заболеть кожной болезнью.

Дерматофобия — см. Дерматопатофобия.

Дорафобия — боязнь обрасти волосами после прикосновения к шкуре животного.

Дорофобия — боязнь получения или преподнесения подарков.

Зоофобия — боязнь животных, чаще определенного вида.

Иерофобия — боязнь предметов религиозного культа.

Изолофобия — боязнь оказаться одиноким в жизни.

Иофобия — боязнь ядов, случайного отравления.

Кайрофобия — боязнь резких изменений погоды.

Канцерофобия — боязнь возникновения злокачественного новообразования.

Кардиофобия — боязнь смерти от сердечного заболевания.

Кенофобия — боязнь пустынных, открытых местностей.

Кинофобия — боязнь собак, укуса бешеной собаки.

Кипридофобия — боязнь заразиться венерической болезнью.

Клаустрофобия — боязнь закрытых помещений.

Клептофобия — боязнь воров.

Климакофобия — боязнь ходьбы по лестнице.

Коитофобия — боязнь коитуса (полового акта).

Копофобия — боязнь переутомления.

Ксенофобия — боязнь незнакомых лиц, чужих людей.

Лайтматофобия — боязнь упасть с корабля в море из-за внезапного головокружения.

Лалофобия — боязнь произносить слова в связи с опасением возникновения заикания.

Латерофобия — больной боится лежать на боку.

Лепрофобия — боязнь заболеть лепрой.

Лиссофобия — боязнь психического расстройства, страх сойти с ума.

Логофобия — боязнь нарушения способности произносить нужные слова.

Маниофобия — боязнь психического расстройства.

Менофобия — боязнь менструаций и (или) связанных с ними неприятных ощущений.

Металлофобия — боязнь металлов и металлических предметов.
Мизофобия — боязнь загрязнения или заражения.
Мифофобия — боязнь неправильного или искаженного изложения фактов, проявляющаяся длительным и тягостным выбором слов и выражений.
Монофобия — боязнь оставаться в одиночестве.
Некрофобия — боязнь трупов и похоронных принадлежностей.
Неофобия — боязнь нового (смены работы, окружающей обстановки и т. п.).
Никтофобия — боязнь темноты.
Нозофобия — боязнь заболеть какой-нибудь болезнью.
Омброфобия — боязнь попасть под дождь.
Панфобия — боязнь всего окружающего.
Паразитофобия — боязнь насекомых-паразитов (клопов, блох, вшей).
Паралипофобия — боязнь не выполнить свой долг или свои обязанности.
Педикулофобия — боязнь вшивости.
Педиофобия — боязнь кукол.
Педофобия — 1) боязнь детей; 2) боязнь рождения ребенка в семье.
Пейрафобия — боязнь публичного выступления (произнесения речи, сдачи экзаменов и т. п.).
Пеладофобия — боязнь облысения.
Пениафобия — боязнь обнищания.
Петтофобия — боязнь неудержания кишечных газов в присутствии посторонних лиц.
Пирофобия — боязнь огня, пожара.
Психрофобия — боязнь холода.
Рипофобия — боязнь грязи, нечистот.
Сатонофобия — см. Демонофобия.
Сидеродромофобия — боязнь железнодорожного транспорта.
Симболофобия — боязнь предметов, явлений, событий, сновидений, в которых якобы скрыт неблагоприятный для больного смысл.
Ситофобия — 1) боязнь приема пищи, например, при тяжелом эзофагите, язенной болезни, упорном поносе; 2) боязнь приема пищи; наблюдается главным образом при невротических и личностных расстройствах; 3) полный или частичный отказ от пищи по бредовым мотивам при наличии сохранного аппетита (наблюдается при психозах).
Сифилофобия — боязнь заболеть сифилисом.
Скабиофобия — см. Акарофобия.
Скопофобия — боязнь выглядеть смешным.
Скоптофобия — см. Скопофобия.
Стазобазофобия — сочетание боязни стояния и ходьбы.
Талассофобия — боязнь моря.
Танатофобия — боязнь смерти.
Тафофобия — 1) боязнь похорон и похоронных принадлежностей; 2) боязнь оказаться погребенным заживо.
Телефонофобия — боязнь пользоваться телефоном.

Тениофобия — боязнь заражения ленточными гельминтами; разновидность нозофобии.

Термофобия — боязнь жары и теплых помещений.

Токофобия — боязнь родов.

Токсикофобия — боязнь отравиться.

Топофобия — боязнь определенного места или помещения.

Тредекафобия — боязнь числа «тринадцать».

Тремофобия — см. Тромофобия.

Трихофобия — боязнь попадания волос в пищу, на одежду или на поверхность тела.

Тромофобия — боязнь появления дрожания при посторонних лицах.

Уранофобия — боязнь смотреть в небо.

Урофобия — боязнь почувствовать позыв к мочеиспусканию в неподходящей обстановке.

Фагофобия — боязнь поглощать пищу из-за опасения подавиться.

Фазмофобия — боязнь привидений, леших, домовых, чертей и других фантастических существ.

Фармакофобия — боязнь употреблять лекарственные средства.

Фонофобия — см. Акустикофобия.

Фотофобия — 1) возникновение приступа судорог при воздействии светового раздражителя — симптом бешенства; 2) см. Светобоязнь.

Фтизиофобия — боязнь заразиться и заболеть туберкулезом.

Фтириофобия — см. Педикулофобия.

Хайрофобия — боязнь появления чувства радости, веселья.

Хеймофобия — см. Психрофобия.

Хионофобия — боязнь снега.

Хрематофобия — боязнь прикоснуться к денежным купюрам и монетам.

Хроматофобия — см. Хромофобия.

Хромофобия — боязнь какого-либо цвета или окрашенных предметов.

Цветобоязнь — см. Хромофобия.

Эйзоптрофобия — боязнь зеркал.

Эйхофобия — боязнь произносить или слушать пожелания.

Эргазиофобия —боязнь совершения какого-либо движения или действия.

Эрейтофобия — боязнь покраснеть перед публикой или собеседником.

Эремофобия — боязнь безлюдных мест или одиночества.

Эротофобия — боязнь полового акта.

Фрустрация — состояние психики, возникающее в результате осознания крушения надежд, невозможности достижения поставленных целей и проявляющееся сочетанием подавленного настроения с напряжением и тревогой.

Дифференциация эмоциональных переживаний, сопровождающихся пониженным настроением с оттенком тревожности, в системе симптом-феномен основывается на: 1) реальной или нереальной обоснованности возникновения в жизни обследуемого тех событий, ситуаций, которые вызывают

данные эмоциональные переживания; 2) возможности и способности контролировать собственное эмоциональное состояние, уменьшать тревожность, контролировать свое поведение.

Наиболее ярко разграничение феноменов и симптомов можно продемонстрировать на примере синонимов страх — фобия. По определению, фобия — это навязчивый страх чего-либо, и диагностика данного психопатологического симптома зависит от того, насколько вероятным и обоснованным является та или иная разновидность страха у человека в конкретной ситуации. Интерес представляет зависимость появления чувства страха от реальных или воображаемых событий. Так, страх укуса собаки следует признать симптомом (кинофобией) лишь в случае, если он навязчиво появляется вне ситуации реальной опасности быть укушенным (например, когда человек изолирован от животного надежной преградой) или лишь при воспоминании о собаке или чтении литературы о собаках и не корригируется самостоятельно. Важным диагностическим критерием фобии или иного психопатологического симптома (эмоционального переживания с оттенком тревожности) является изменение стиля поведения (дезорганизация деятельности), выработка ограничительного или ритуального режимов, невозможность отвлечься от мыслей о собственных переживаниях. Если в случае страха или тревоги у человека изменяется иерархия ценностей (например, вследствие боязни попадания в еду волос он отказывается от питания, несмотря на голод; или из-за страха попасть под дождь и заболеть он срывает принципиально важную для него деловую встречу, желанное свидание), то высоковероятным будет квалификация эмоционального переживания человека в психиатрических терминах.

Волнение — беспокойство — тревога — ажитация — боязнь (страх) — паника — раптус представляют собой синонимический ряд психических переживаний, отличающихся количественно (от первого к последнему характерно усиление тревоги). Однако перечисленные психологические феномены неидентичны. Тревога, так же как волнение, беспокойство и ажитация, беспредметны, то есть беспокойство человека не нацелено на конкретное событие, явление, объект или субъект. Тогда как боязнь, страх или фобия всегда имеют соответствующую фабулу. Они направлены на конкретное явление или предмет.

Переживания с оттенком понижения настроения и тоскливостью

Характеристика: доминирующим является эмоциональная фиксация на прошлом, тягостное переживание безвозвратности утраченного, повышенной ответственности за происшедшие события, сопровождающиеся угнетенностью, заторможенностью и снижением активности.

Синонимический ряд:

Безотрадность, безутешность, вина, горе, горечь, грусть, жалость, меланхолия, мука, обида, огорчение, оторопь, отчаяние, печаль, ностальгия, разо-

чарование, раскаяние, скорбь, скука, сожаление, стыд, терзание, угнетение, угрызение, уныние, хандра.

Гипотимия, депрессия, дистимия, тоска.

Безотрадность — тягостное настроение, безрадостность.

Безутешность — невозможность найти утешение, неутешность.

Вина — тягостное чувство собственной ответственности за происшедшее.

Гипотимия — пониженное настроение, сопровождающееся уменьшенной двигательной и психической активностью (может быть признаком депрессивного синдрома).

Горе — скорбь, глубокая печаль.

Горесть — горе, печаль, скорбь.

Горечь — горькое чувство от обиды, неудачи, разочарования.

Грусть — чувство печали, уныния.

Депрессия — состояние, характеризующееся угнетенным или тоскливым настроением и снижением психической активности, сочетающимися с двигательными расстройствами и разнообразными соматическими нарушениями (потеря аппетита, похудание, запоры, изменение ритма сердечной деятельности и т. п.).

Дистимия — преходящее без видимой причины кратковременное, длящееся несколько часов или суток расстройство настроения, преимущественно с преобладанием отрицательных эмоций (в видетоски) и снижением влечений.

Жалость — 1) чувство сострадания, соболезнования; 2) печаль, сожаление.

Меланхолия — болезненно-угнетенное состояние, тоска, хандра.

Мука — сильное физическое или нравственное страдание.

Ностальгия — состояние душевной боли, снижения настроения, обусловленное длительным отрывом от родины и проявляющаяся главным образом тоскливой депрессией.

Обида — чувство несправедливо причиненного огорчения, оскорбления, неоправдавшихся ожиданий и надежд.

Огорчение — опечаленность.

Отчаяние — состояние крайней безнадежности, ощущение безвыходности.

Печаль — чувство грусти, скорби, состояние душевной горечи.

Разочарование — чувство неудовлетворенности по поводу чего-нибудь несбывшегося, неудавшегося, не оправдавшего себя.

Раскаяние — чувство сожаления по поводу своего поступка, проступка.

Скорбь — крайняя печаль, горесть, страдание.

Скука — 1) томление от отсутствия дела или интереса к окружающему; 2) отсутствие веселья, занимательности.

Сожаление — 1) чувство печали, огорчения, вызванное утратой, сознанием невозможности изменить или осуществить что-нибудь; 2) жалость, сострадание.

Страдание — физическая или нравственная боль, мучение.

Стыд — чувство сильного смущения от сознания предосудительности поступка, вины.

Субдепрессивное состояние — состояние легко выраженной депрессии, характеризующееся пониженным настроением, пессимистической оценкой событий и снижением работоспособности.

Субдепрессия — см. Субдепрессивное состояние.

Терзание — нравственное страдание, мучение.

Тоска — состояние глубокой печали по поводу происшедших событий.

Тоска витальная — беспричинно подавленное настроение с ослаблением влечений и тягостными ощущениями в области груди.

Угнетение — тяжелое, подавленное состояние, угнетенность.

Угрызение — чувство стыда и раскаяния.

Уныние — безнадежная печаль, гнетущая скука.

Эмоциональные состояния, характеризующиеся понижением настроения с оттенком тоскливости, представлены широким спектром переживаний как в рамках психологических феноменов, так и психопатологических симптомов. Эмоциональные феномены, не носящие патологического характера, отличаются степенью выраженности угнетенности, подавленности и снижения настроения: сожаление — грусть — печаль — тоска — скорбь, уныние — скука, разочарование — обида. Критериями разграничения феноменов и симптомов являются: 1) обоснованность внешней обусловленности снижения настроения и его степени; 2) снижение самооценки до уровня бредовых идей самообвинения и самоуничижения; 3) присоединение соматических расстройств в виде алгий, сенестопатий, анорексии, потери веса и пр.); 4) наличие суицидальных мыслей и тенденций; 5) значительная длительность снижения настроения; 6) двигательная заторможенность до уровня ступора и мыслительная заторможенность до уровня мутизма.

Интерес представляет наличие или отсутствие суточных колебаний настроения с оттенком тоскливости. Имеется три тенденции: а) стабильность понижения настроения (отсутствие суточных колебаний настроения); б) ухудшение настроения (усиление подавленности) к вечеру по сравнению с утренними часами; в) улучшение настроения к вечеру по сравнению с выраженностью тоски в утренние часы. Считается, что третья тенденция характерна для более глубоких депрессивных состояний эндогенного происхождения. Она может встречаться при шизофренических и иных эндогенных расстройствах, тогда как при невротических, личностных и органических расстройствах имеет место противоположная тенденция. Глубина подавленности настроения может иногда коррелировать с проявлением слабодушия (плаксивостью). Отсутствие слезливости при глубокой печали или тоске может представлять грозный знак психотического уровня психических расстройств.

Значимым для анализа особенностей возникновения синонимического ряда таких эмоциональных переживаний, как удивление — недоумение — растерянность — разочарование — обида, является антиципационный механизм. В отличие от иных переживаний, формирующихся в связи с удовлетворением или неудовлетворением каких-либо потребностей, данные эмоциональные состояния появляются вследствие несовпадения реальных событий

с теми, которые прогнозировались и ожидались. Под антиципацией понимается способность человека предвосхищать ход событий, прогнозировать поведение окружающих и собственные реакции, основываясь на прошлом опыте. Под экспектацией — установка, аффективно насыщенная нацеленность на строго определенный исход событий. В том случае, когда прогноз и реальность совпадают, ярких эмоциональных переживаний не возникает. В случае же несовпадения экспектаций и происшедших событий появляются те или иные негативные или позитивные переживания. При экспектаций неподтвердившихся отрицательных последствий формируется феномен удивления, при экспектаций неподтвердившихся положительных последствий — феномены разочарования, недоумения, обиды.

Переживания с оттенком понижения настроения и гневливостью

Характеристика: доминирующим является антипатия, недовольство поведением окружающих, нетерпеливость, раздраженность, непереносимость внешнего социального давления, указаний и замечаний с чувством внутреннего дискомфорта, требующим эмоциональной разрядки.

Синонимический ряд:

Антипатия, брюзгливость, возбуждение, возмущение, вражда, вспыльчивость, гнев, горячность, ехидство, злоба, злорадство, злость, злопыхательство, ирония, негодование, ненависть, неприязнь, раздражение, сарказм, скептицизм, ярость.

Астения, вязкость аффективная, дисфория, мизандрия, мизантропия, мизогиния, мизонеизм, мизопедия, эретизм.

Антипатия — чувство неприязни, нерасположения к кому-нибудь.

Астения — состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, частой сменой настроения, раздражительной слабостью, гиперестезией, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна.

Аффект— кратковременная и сильная, положительная или отрицательная эмоция, возникающая в ответ на воздействие внутренних или внешних факторов и сопровождающаяся соматовегетативными проявлениями; иногда термин используют для обозначения эмоции вообще.

Аффект патологический — кратковременное психическое расстройство, возникающее в ответ на интенсивную, внезапную психическую травму и выражающееся концентрацией сознания на травмирующих переживаниях с последующим аффективным разрядом, за которым следует общая расслабленность, безразличие и часто глубокий сон; характеризуется гипо- или амнезией.

Аффективная буря — внезапно возникающий взрыв аффектов, сопровождающийся бурным двигательным возбуждением.

Аффективная инконтиненция — см. Недержание аффекта.

Аффективная разрядка— ощущение облегчения, иногда опустошенности, наступающее в результате вызванных аффектом действий.

Брюзгливость — постоянное недовольство, надоедливость и ворчливость.

Возмущение — сильное раздражение, негодование.

Вражда — отношения и действия, проникнутые неприязнью, ненавистью.

Вспыльчивость — склонность к горячности, раздражительности.

Гнев — чувство сильного возмущения, негодования.

Вязкость аффективная — В. эмоциональных реакций со склонностью к застреванию на определенных эмоциональных переживаниях (обидах, огорчениях и др.), сочетающаяся с легкостью возникновения бурных аффектов.

Горячность — возбужденность, вспыльчивость, несдержанность.

Дисфория — расстройство настроения в виде злобной гневливости, угрюмости, мрачности.

Досада — чувство раздражения, неудовольствия вследствие неудачи, обиды.

Ехидство — злоба, язвительность.

Злоба — чувство злости, недоброжелательства к кому-нибудь.

Злопыхательство — исполненное злобы раздраженно-придирчивое отношение к кому/чему-нибудь.

Злорадство — злобная радость при несчастье, неудаче другого.

Злость — 1) злое, раздраженно-враждебное чувство, настроение; 2) стремление действовать активно, бороться, боевое настроение.

Ирония — тонкая, скрытая насмешка.

Мизандрия — отвращение женщины к мужчинам.

Мизантропия — ненависть к людям, человеконенавистничество.

Мизогиния — отвращение мужчины к женщинам.

Мизонеизм — отрицательное отношение к любым нововведениям.

Мизопедия — чувство ненависти, отвращения к детям.

Негодование — возмущение, крайнее недовольство.

Недержание аффекта — возникновение непреодолимых аффективных реакций (слезливость, гнев и др.) по незначительным поводам.

Ненависть — чувство сильнейшей вражды.

Неприязнь — недоброжелательность, недружелюбие.

Отвращение — крайне неприятное чувство, вызванное кем/чем-нибудь.

Раздражение — вызванное чем-нибудь состояние досады, недовольства.

Раздражительная слабость — психопатологический синдром, характеризующийся сочетанием аффективной лабильности и раздражительности со снижением работоспособности, ослаблением концентрации внимания и повышенной утомляемостью (входит в структуру астенического синдрома).

Раздражительность — склонность несоразмерно реагировать на обыденные раздражители, выражая в словах и поступках недовольство и неприязнь к окружающим.

Сарказм — 1) язвительная насмешка, злая ирония; 2) едкое, насмешливое замечание.

Скептицизм — критически-недоверчивое, исполненное сомнения отношение к чему-нибудь.

Эксплозивность — взрывчатость, гневливость, раздражительность.
Эретизм — повышенная раздражительность больного.
Ярость — сильный гнев.

Дифференциация психологических феноменов и психопатологических симптомов при обнаружении понижения настроения с оттенком гневливости производится на основании таких критериев, как: 1) существование или соответствие внешнего стимула выраженности и направленности аффективной реакции; 2) возможность и способность контролировать аффективные реакции; 3) частота проявления выраженной аффективной реакции.

Переживания с пониженным настроением и чувством субъективного внутреннего дискомфорта

Характеристика: доминирующими являются повышенная чувствительность, ранимость, внутренняя неудовлетворенность окружающими и собой чаще без повышения активности и без необходимости внешней эмоциональной разрядки.

Синонимический ряд:

Брезгливость, впечатлительность, досада, гадливость, зависть, изнуренность, любовь, ревность, сентиментальность, сопереживание, сочувствие.

Агапэ, анестезия психическая, сенситивность, эмотивность.

Агапэ — жертвенная любовь с полным забвением собственных интересов в заботе о любимом.
Анестезия психическая — утрата эмоциональных реакций на все окружающее с мучительным переживанием полной душевной опустошенности (является признаком соматопсихической деперсонализации, чаще в рамках невротических расстройств).
Брезгливость — 1) отвращение к нечистоплотности, подозрение об окружающей нечистоплотности; 2) чувство неприязни и отвращения.
Впечатлительность — легкая податливость впечатлениям, чуткость.
Гадливость — наполненность чувством отвращения, брезгливости.
Зависть — чувство досады, вызванное благополучием, успехом другого.
Изнуренность — крайняя степень утомления.
Ревность — мучительное сомнение в чьей-нибудь верности, любви.
Сенситивность — повышенная чувствительность, эмоциональная ранимость (может быть признаком личностных расстройств).
Усталость — чувство утомления, состояние того, кто устал.
Эмотивность — повышенная эмоциональная чувствительность, при которой эмоциональные реакции наступают быстро, достигают значительной выраженности и оказываются продолжительными, эмоциональная ранимость (может быть признаком личностных расстройств).

Среди перечисленных эмоциональных переживаний к психопатологическим симптомам с полным основанием могут быть отнесены только анестезия психическая и патологическая ревность. Психическая анестезия характеризуется выраженными эмоциональными переживаниями человека по поводу того, что он якобы утратил способность чувствовать так же, как раньше, стал эмоционально безразличным к тому, что прежде волновало. Диагностика данного состояния строится на обнаружении диссоциации между ссылками человека на «бесчувствие и апатию» и яркостью, живостью его эмоционального реагирования.

Эмоциональные состояния с оттенком снижения уровня эмоциональногореагирования

Характеристика: доминирующим является снижение уровня эмоционального реагирования, безразличие.

Синонимический ряд:
Безразличие, безучастность, равнодушие.
Апатия, гипопатия.

Апатия — снижение уровня эмоционального реагирования до крайней степени, сопровождающееся болезненным безразличием по отношению к себе, окружающим лицам и событиям, характеризующееся отсутствием желаний, побуждений и бездеятельностью (является патогномоничным симптомом шизофренических расстройств).

Атимормия — см. Апатия.

Бездушие — 1) отсутствие сочувственного, живого отношения к кому/чему-либо, равнодушие к людям, бессердечность; 2) лишенность живого чувства, яркости, остроты.

Безразличие — равнодушие, безучастное отношение к кому/чему-нибудь.

Безучастность — непроявление или невыражение участия к кому/чему-нибудь, равнодушие.

Гипопатия — нерезко выраженная апатия.

Неучастливость — неспособность проявлять участие, сопереживать.

Нечуткость — отсутствие чуткости, сочувствия, понимания и сопереживания.

Неотзывчивость — нечуткость, неспособность сопереживать.

Равнодушие — 1) безразличие к людям, к окружающему; 2) отсутствие склонности, пристрастия к кому/чему-нибудь.

Эмоциональная тупость — апатия, эмоциональная холодность.

Эмоциональная холодность — отсутствие сочувственного, понимающего и эмпатического сопереживания, эмоциональная черствость, нечуткость, неотзывчивость.

Кардинальными дифференциально-диагностическими критериями психопатологических симптомов, характеризующихся снижением уровня эмоционального реагирования, являются: 1) полная и частичная утрата способ-

ности эмоционально реагировать на значимые внешние и внутренние события, со снижением экспрессии и вегетативного обеспечения эмоций; 2) снижение критичности к изменению или утрате способности эмоционально реагировать. Апатия, как правило, — признак шизофренических расстройств. В отличие от таких психологических феноменов, как бездушие, безразличие, равнодушие, нечуткость, неучастливость, распространяется на любые эмоциональные отношения человека, в то время как перечисленные психологические феномены характеризуются избирательностью, то есть их возникновение обусловлено значимостью ситуации. Кроме того, психопатологический симптом «апатия» должен подтверждаться не столько с помощью оценки собственно эмоциональности человека, сколько живостью его мимики и жестикуляции, изменениями вегетативных реакций в условиях экспериментально созданного значимого переживания. Для оценки вегетативных реакций наиболее важным является анализ изменения кожно-гальванической реакции в условиях эмоционального стимулирования, то есть регистрации изменения цвета, влажности, температуры кожных покровов, частоты дыхания и сердцебиения, колебаний слюно- и потоотделения, перистальтики.

Эмоциональные состояния с оттенком нейтрального эмоционального реагирования

Характеристика: доминирующими являются эмоционально-нейтральные феномены, не сопровождающиеся ни повышением, ни понижением настроения, ни субъективными переживаниями, ни снижением уровня эмоционального реагирования.

Синонимический ряд:

Беззаботность, беззлобность, безмятежность, безрадостность, беспечность, беспристрастность, бесстрастие, бесстрашие, бестрепетность, бесчувственность, вчувствование, индифферентность, интерес, невозмутимость, недоумение, ошеломление, резонанс аффективный, синтонность, спокойствие, сопереживание, удивление, успокоенность.

Алекситимия, ангедония, аноргазмия, атараксия, атимия, гифедония, синтонность регрессивная, синтимия.

Алекситимия — неспособность точно распознать и описать собственное эмоциональное состояние (встречается при невротических расстройствах).

Ангедония — состояние в виде потери чувства радости, наслаждения.

Аноргазмия — неспособность испытывать чувство оргазма (может быть связана с гинекологической патологией, но чаще с невротическими и личностными расстройствами).

Атараксия — состояние, характеризующееся успокоением, снятием тревоги, напряженности, страха и внутреннего беспокойства, возникающее после применения психотропных средств (нейролептических средств, транквилизаторов и др.).

Атимия — отсутствие или снижение эмоциональных реакций.
Беззаботность — 1) отсутствие заботы о чем-нибудь, легкомысленность, бездумность; 2) свобода от забот.
Беззлобность — добродушие, лишенность зла, злости.
Безмятежность — отсутствие тревожности, спокойствие.
Безрадостность — отсутствие радостного, безотрадность.
Беспечность — беззаботность, легкомысленность.
Беспристрастность — отсутствие к кому пристрастия, справедливость.
Бесстрастие — отсутствие страстности, холодное спокойствие.
Бесстрашие — отсутствие страха, храбрость.
Бестрепетность — бесстрашие, неустрашимость.
Бесчувственность — 1) лишенность чувств, сознания; 2) лишенность чувства сострадания, отзывчивости.
Вчувствование — понимание, вникание во что-нибудь чувством.
Гифедония — ослабление остроты сладострастных ощущений при коитусе (половом акте).
Индифферентность — безразличие, безучастность, равнодушие.
Мягкосердечие — душевная мягкость, доброта, отзывчивость.
Невозмутимость — полное самообладание, спокойствие.
Резонанс аффективный — способность индивидуума проявлять сочувствие, эмоциональную отзывчивость в отношении окружающих лиц.
Синтонность (синтимия) — форма эмоциональной реактивности, при которой эмоции созвучны, соразмерны и соответствуют реальности.
Синтонность регрессивная — повышенная общительность и откровенность, постоянная готовность излагать свои переживания, даже интимного характера, всем окружающим без учета ситуации и своего положения в обществе.
Сопереживание — сочувствие другому, переживание вместе с ним его душевного страдания.
Сочувствие — 1) отзывчивое, участливое отношение к переживаниям, несчастью других; 2) одобрительное, благожелательное отношение.
Спокойствие — уравновешенное, спокойное состояние духа, отсутствие забот, тревог.
Удивление — впечатление от чего-нибудь неожиданного, странного и непонятного.
Успокоенность — 1) состояние успокоения, умиротворенности; 2) беспечность (у того, кто успокоился на достигнутом).
Эмпатия — способность понимания и сопереживания психологического состояния другого человека.

Переживания со склонностью к смене (колебаниям) настроения и противоречивости

Характеристика: основополагающим является неустойчивость эмоционального реагирования или противоречивость эмоций.

Синонимический ряд:

Эмоциональная лабильность, слабодушие.

Амбивалентность, аффективная инконтиненция, недержание аффекта, паратимия, циклотимия.

Амбивалентность — одномоментное сосуществование по отношению к одному и тому же явлению или предмету антагонистических эмоций (симпатии и антипатии, любви и ненависти и т. п.), является патогномоничным симптомом шизофренических расстройств.

Амбитимия — см. Амбивалентность.

Инконтиненция аффективная — недержание аффекта, слабодушие.

Недержание аффекта — возникновение непреодолимых аффективных реакций (слезливость, гнев и др.) по незначительным поводам (нередко является признаком невротических или органических расстройств).

Паратимия — эмоциональное состояние, не соответствующее (часто противоречащее) ситуации (например, смех во время похорон), встречается при личностных, невротических и шизофренических расстройствах, а также у лиц с умственной отсталостью.

Паргедония — получение полового удовлетворения при неадекватном раздражении (например, у мужчин при контакте с предметами женского туалета).

Слабодушие — эмоциональная лабильность, недержание аффекта, сопровождающееся плаксивостью.

Циклотимия — психическое расстройство, характеризующееся хронической нестабильностью настроения с частыми и многочисленными переходами от легкой депрессии к гипомании.

Наиболее сложным для диагностики эмоциональным феноменом из этой группы считается амбивалентность. Психологи и психиатры до настоящего времени принципиально расходятся в его трактовке. Учитывая выбранный алгоритм и синонимический подход, примем за данность, что амбивалентностью следует признавать лишь психопатологический симптом, являющийся патогномоничным для шизофренического круга расстройств и проявляющийся одновременным существованием разнонаправленных чувств или эмоций по отношению к одному и тому же явлению или предмету. Его непатологическим синонимом следует признать термин «двойственность» чувств или эмоций.

Тезаурус экспрессивных стилей

В точной оценке эмоциональных состояний большое внимание уделяется анализу и трактовке внешних проявлений эмоций, переживаний, чувств — экспрессии. К ним относятся мимика, жесты, взгляд, голос.

Мимические стили и феномены

Синонимический ряд:

Гримасничание, мигание, плач, смех (в том числе судорожный), улыбка.

Амимия, бруксизм, гемимия, гипермимия, насильственный плач, насильственный смех, сардоническая гримаса, улыбка или смех, симптом хоботка, парамимия, тик, эхомимия.

Амимия — отсутствие мимики (может быть отражением апатии, встречается при паркинсонизме).

Бруксизм — скрежетание зубами во время сна.

Взгляд — направленность, устремленность глаз, взора.

В. бегающий — В., быстро меняющий устремленность на объект (может быть отражением тревожного состояния).

В. застывший — В., длительное время сохраняющий устремленность на один и тот же объект (может быть признаком глубокой депрессии, депрессивного или кататонического ступора).

В. искоса — В., сопровождающийся слегка поднятыми бровями или улыбкой (указывает на заинтересованность).

В. исподлобья — В., устремленный на собеседника и сопровождающийся опущенными вниз бровями, нахмуренным лбом и опущенными уголками рта, при склоненной на грудь голове (может отражать смущение, робость, недовольство, подозрительное, критическое или враждебное отношение).

В. недоверчивый — В., характеризующийся особой пристальностью и сочетающийся с ухмылками (может быть признаком подозрительности и страха).

В. немигающий — см. В. застывший (может быть признаком глубокой депрессии, депрессивного или кататонического ступора).

В. отрешенный — см. В. расфокусированный.

В. «потусторонний» — В., характеризующийся устремленностью в одну точку с игнорированием фиксации внимания на реально происходящих событиях и предметах, В. отрешенный.

В. пристальный — В., характеризующийся особой вниманием, сосредоточенностью.

В. растерянный — В., характеризующийся быстрыми мигательными движениями и сменой устремленности взора (отражает недопонимание ситуации, растерянность и беспокойство).

В. расфокусированный — В., характеризующийся обращенностью внутрь, а не вовне (может быть отражением задумчивости, творческого воображения или признаком галлюцинирования).

В. «свысока» — В. на собеседника сверху вниз, В. снисходительный (может наблюдаться при идеях преувеличения собственных возможностей, маниакальном синдроме, а также некоторых характерологических особенностях).

В. снисходительный — см. В. «свысока».

В. суровый — В., отражающий злость, сочетающийся со сдвинутыми бровями.

В. томный — В., характеризующийся медленными мигательными движениями, плавно меняющейся устремленностью взора и приопущенными веками.

В. удивленный — В., характеризующийся широко раскрытыми глазами и поднятыми бровями.

Взор — пристальный, напряженный взгляд.

Гемимимия — отсутствие мимических движений на одной половине лица (например, при поражении лицевого нерва).

Гипермимия — усиление мимических движений (встречается при гебефрении, маниакальном синдроме, эйфории, тиках).

Гоготание — безудержный громкий смех, характеризующийся изданием звуков «о-го».

Гримаса — искажение черт лица.

Г. боли — искажение черт лица, характеризующее ощущение и переживание боли.

Г. отвращения — искажение черт лица, характеризующее переживание отвращения и брезгливости по отношению к чему/кому-либо.

Г. горя (скорби, печали) — искажение черт лица, характеризующее переживание тоски, печали или скорби.

Г. сардоническая — см. Смех сардонический.

Гримасничанье — вычурная мимика, не соответствующая внутренним переживаниям и внешним обстоятельствам (встречается при гебефрении, а также намеренной клоунаде).

Жевание — движения по размельчению или растиранию зубами.

Мимика — движения мышц лица, сопровождающие эмоции и являющиеся их внешним выражением.

М. выразительная — см. Мимика живая.

М. живая — движения мышц лица носят выразительный характер, отличаются быстрой сменой (отражает живость эмоционального реагирования и не встречается, к примеру, при апатии).

М. бедная — движения мышц лица носят маловыразительный характер, отличаются замедленностью, характерно «маскоообразное лицо» (может быть признаком апатии, эмоциональной холодности).

Насильственный смех — непроизвольный смех, не соответствующий ситуации и переживаемым эмоциям (нередко обусловлен органическим поражением головного мозга).

Парамимия — несоответствие мимики человека его эмоциям или переживаемой ситуации (встречается при многих психических расстройствах, в частности личностных, шизофренических).

Плач — стон, вопль, крик от боли или душевного потрясения.

П. беззвучный — плач, характеризующийся отсутствием громкости.

П. безудержный — рыдание.

П. надрывный — плач, характеризующийся гротеском, звучностью и неестественностью (может являться признаком истерических черт характера или личностного расстройства).

П. насильственный — непроизвольный плач, не соответствующий ситуации и переживаемым эмоциям (нередко обусловлен органическим поражением головного мозга).

Подмигивание — мигание, одобряющее или означающее намек на что-либо, а также предупреждение о чем-нибудь.

Прищур — взгляд через слегка приопущенные веки.

Рыдание — безудержный плач.

Симптом хоботка — тоническое сокращение мышц вокруг рта, при котором губы постоянно вытянуты вперед (признак кататонии).

Смех — короткие и сильные выдыхательные движения при открытом рте, сопровождающиеся характерными прерывистыми звуками, возникающими у человека, когда он испытывает какие-нибудь чувства (радости, веселья) при наблюдении или представлении чего-нибудь забавного, нелепого, комичного.

С. безудержный — гоготание.

С. истерический — см. Смех судорожный.

С. сардонический — стойкая гримаса, при которой углы рта оттянуты книзу и кзади с образованием морщин и складок кожи, брови и крылья носа приподняты, а челюсти крепко сжаты (наблюдается при столбняке и обусловлен судорожным сокращением мимических мышц).

С. судорожный — неестественно громкий и продолжительный смех, сопровождающийся преувеличенными мимическими движениями (наблюдается при истерии).

Тик — быстрые, неритмичные, стереотипные, клонические подергивания мышц, напоминающие рефлекторные или целенаправленные движения, например мимику, жестикуляцию, мигание (может быть обусловлен органическим поражением головного мозга или невротическими расстройствами).

Тризм — судорожное сжатие челюстей, спазм жевательной мускулатуры.

Улыбка — мимика лица, губ или глаз, демонстрирующая расположение к смеху или выражающая удовольствие.

Усмешка — улыбка, сопровождаемая таким же движением рта, как и при смехе, насмешливое движение губ.

Ухмылка — усмешка, улыбка.

Чавкание — создание языком во время еды причмокивающих звуков.

Хихикание — разновидность смеха, характеризующаяся изданием звуков типа «хи-хи».

Хмуриться — сурово, угрюмо или задумчиво морщить лицо, брови (может быть отражением недовольства).

Шмыгать (носом) — быстро втягивать носом воздух.

Эхомимия — повторение человеком мимических движений окружающих его лиц (признак психического расстройства, чаще шизофрении).

Для дифференциации психологических феноменов от психопатологических симптомов в сфере мимических движений наиболее важным является критерий произвольности их возникновения и возможности контролирования. Так, например, тику, характеризующемуся как непроизвольное, рефлекторное сокращение определенных групп мышц лица, в синонимическом ряду противостоит привычка или гримасничание.

Стили и феномены жестикуляции, движений, позы, походки, рукопожатия, внешности

Синонимический ряд:

Вычурность, манерность, патетичность, театральность.

Акатизия, акинезея, асинергия, брадикинезия, брадителекинезия, итерация, каталепсия, катаплексия, кроцидизм, паликинезия, проскинезия, восковая ригидность, спазм писчий, стереотипия, тик.

Автоматизм двигательный — автоматизм, проявляющийся повторяющимися стереотипными движениями (может быть признаком синдрома психического автоматизма Кандинского—Клерамбо, а также разновидностью автоматизированных действий).

Адинамия — уменьшение или полное прекращение двигательной активности организма или отдельного органа, обездвиженность.

Адинамия аффективная — см. Катаплексия.

Акатизия — неусидчивость с постоянным стремлением к движениям, сопровождающаяся мучительным чувством дискомфорта (может быть результатом приема нейролептических препаратов, а также тревожного состояния).

Акинезия — отсутствие активных движений.

Апраксия — нарушение целенаправленного действия при сохранности составляющих его элементарных движений (является результатом поражения головного мозга).

Апрактоагнозия — сочетание апраксии и агнозии, например при конструктивной апраксии.

Асинергия — нарушение содружественной (синергичной) деятельности мышц, проявляющееся расстройством движений, требующих одновременного сокращения нескольких мышечных групп (наблюдается при поражении мозжечка).

Астазия — расстройство движений, проявляющееся утратой способности стоять без поддержки (наблюдается при поражении ЦНС и при истерических расстройствах).

Астазия-абазия — расстройство движений, проявляющееся невозможностью стоять и ходить без поддержки (является признаком истерических расстройств).

Атаксия — нарушение движений, проявляющееся расстройством их координации.

Брадибазия — замедленность ходьбы, проявление брадикинезии.

Брадикинезия — общая замедленность движений при поражении экстрапирамидной системы.

Брадителекинезия — замедление или задержка движения перед достижением его цели, проявление брадикинезии.

Брахибазия — нарушение походки, при которой ноги переставляются короткими шажками (признак паркинсонизма).

Внешность — наружность, внешний вид.

В. броская — В., характеризующаяся яркостью, насыщенностью цветом, выразительностью (может встречаться у лиц с истерическими чертами характера).

В. неряшливая — В., характеризующаяся неряшливостью, неаккуратностью, нечистоплотностью.

В. статная — В., характеризующаяся величавостью, координированностью, умением выгодно продемонстрировать фигуру, походку.

В. серая — В., характеризующаяся блеклостью, использованием серых, неярких цветов, малой выразительностью (может встречаться у лиц с конформными чертами характера).

Заторможенность моторная — замедление, обеднение и однообразие движений.

Иммобилизация — обездвиженность, ограничение движений.

Итерация — патологическое возбуждение, характеризующееся тенденцией к повторению одного и того же движения или сложного двигательного акта, слова, части фразы и т. д. без заметной эмоциональной окраски совершаемых действий.

Каталепсия — двигательное расстройство, заключающееся в длительном сохранении больным приданной ему позы (в том числе и очень неудобной), наблюдается при паркинсонизме, кататонической форме шизофрении (симптом восковой гибкости), может быть вызвана искусственно в состоянии гипноза.

Катаплексия — кратковременная пароксизмально наступающая утрата мышечного тонуса, приводящая к падению больного без потери сознания, возникающая обычно при сильных эмоциях (симптом нарколепсии).

Координированность моторная — способность совершать согласованные движения.

Кроцидизм — двигательный автоматизм в форме движений пальцев рук, напоминающих манипуляции мелкими предметами.

Микробазия — ходьба мелкими, семенящими шагами, почти без отрыва ног от пола (наблюдается при некоторых органических поражениях головного мозга).

Моторная неловкость — недостаточность координации, точности и ловкости движений, проявляющаяся обычно с раннего детства.

Неусидчивость — неспособность длительное время сохранять однообразную позу, акатизия.

Обездвиженность — отсутствие движений, адинамия, ступор, иммобилизация.

Паликинезия — двигательное расстройство в виде многократного повторения одного и того же движения или жеста, стереотипия двигательная.

Поза — положение, принимаемое человеческим телом.

П. закрытая — поза, характеризующаяся скрещенными на груди руками.

П. «кучера» — наклон туловища вперед с расслабление мышц спины.

П. напряжения — поза, характеризующаяся напряжением и скованностью мышц спины и конечностей.

П. неестественная — поза, не отражающая координированности, гармоничности, комфортности и естественности или не соответствующая ситуации (например, симптом «воздушной подушки»).

П. открытая — поза, характеризующаяся отсутствием скрещивания рук.

П. патетическая — поза, исполненная пафоса, страстного воодушевления.

П. самодовольства— поза, характеризующаяся высоко поднятой головой и выпяченной грудью.

П. согбенная — сгорбленность, характеризующаяся опущенными плечами и головой (может быть признаком депрессии).

П. сосредоточенного внимания — поза, характеризующаяся наклоном головы и туловища вперед с фиксированием взгляда на собеседнике.

П. эмбриональная — максимальное сгибание ног в тазобедренных и коленных суставах, руки охватывают колени, подбородок прижат к коленям.

Походка — манера ходить, поступь.

П. армейская — походка, характеризующаяся маршевым шагом с содружественными движениями рук.

П. быстрая — походка, характеризующаяся быстротой ходьбы.

П. крадущаяся — походка, характеризующаяся плавными движениями ног с опорой на носки, сопровождаемыми плавными движениями рук.

П. медленная — походка, характеризующаяся замедленностью движений при ходьбе.

П. осторожная — походка, характеризующаяся совершением мелких шажков с одновременным напряжением и поднятием рук до горизонтального положения.

П. прыгающая — походка, характеризующаяся резким отрывом обеих стоп от поверхности.

П. «пьяного» — походка, характеризующаяся потерей координации и поступательного движения.

П. шаркающая — походка, характеризующаяся волочением ног.

Пропульсия — непреодолимое ускорение движения больного вперед при ходьбе или после легкого толчка (наблюдается при паркинсонизме).

Проскинезия — непроизвольное выполнение или повторение больным показанных ему или увиденных им движений.

Релаксация — расслабление скелетной мускулатуры.

Ригидность восковидная — продолжительное сохранение туловищем и конечностями больного приданной им позы, кататония (проявление экстрапирамидной ригидности).

Рукопожатие — взаимное пожатие рук в знак приветствия.

Р. вялое — пожатие рук носит вялый, некрепкий характер, мышцы расслаблены.

Р. доминирующее — пожатие рук характеризуется активностью и инициативностью (человек первым протягивает руку), а также разворотом ладони вниз, а не строго горизонтальным расположением (может указывать на независимость и уверенность в себе).

Р. крепкое — пожатие рук носит твердый, крепкий характер, ощущается сила мышечного сжатия.

Р. «перчаткой» — пожатие руки осуществляется двумя руками одновременно и может сочетаться с наклоном туловища вперед (может указывать на традицию, а также демонстрировать знак особого уважения и расположения).

Р. покорное — пожатие рук характеризуется вялостью, пассивностью и нерешительностью (человек подает руку для рукопожатия лишь после того, как кто-то подал руку первым), а также разворотом ладони вверх, а не строго горизонтальным расположением (может указывать на чувство робости и смущения, а также на наличие болезненности в кисти руки).

Р. прямой (несогнутой) рукой — Р., характеризующееся тем, что рука распрямлена в локтевом суставе (может отражать традицию рукопожатия, а также указывать на желание сохранить определенную дистанцию с собеседником, выразить чувство превосходства).

Р. согнутой рукой — Р., характеризующееся тем, что рука для рукопожатия не вытягивается, а лишь раскрывается ладонь; часто сопровождается безразличным отношением к собеседнику и даже игнорирование его при рукопожатии (может отражать традицию рукопожатия, а также указывать на желание сохранить определенную дистанцию с собеседником, выразить чувство превосходства).

Р. «с хрустом» — пожатие руки носит нарочито сильный, крепкий характер.

Симптом «воздушной подушки» — длительно сохраняющееся положение приподнятой головы на некотором удалении от подушки у лежащего на спине больного (признак кататонического ступора).

Симптом «капюшона» — поза больного, при которой плечи приподняты, голова наклонена вперед и на нее натянуты халат или одеяло (проявление кататонического ступора).

Симптом обирания — однообразные движения снимания чего-то с поверхности своего тела (наблюдается при мусситирующем делирии).

Симптом «одеяла» — настойчивые попытки больного с помраченным или спутанным сознанием удерживать стягиваемое с него одеяло (признак менингита).

Синдром беспокойных ног— расстройство, при котором больной, находясь в горизонтальном положении (например, перед засыпанием), испытывает чувство беспокойства в ногах, желание постоянно менять их положение (является признаком сосудистых, эндокринных, неврологических заболеваний, а также депрессии).

Спазм писчий — расстройство синергизма мышц руки, приводящее к нарушению акта письма при сохранении способности производить другие тон-

кие движения кистью и пальцами, судорожное сокращение пальцев руки (наблюдается при неврозах или улиц, профессионально занятых письмом).

Стать — см. Внешность статная.

Стереотипия двигательная — непроизвольное повторение однообразных, бесцельных, лишенных выразительности движений (наблюдается при кататонии, сумеречном помрачении сознания, а также у лиц (чаще у детей), находящихся в условиях сенсорной депривации).

Суетливость — совершение бесполезных действий и движений, торопливость.

Яктация — однообразное, некоординированное, беспорядочное двигательное возбуждение у больного, лежащего в постели (синдром аменции или тяжело протекающего делирия).

Яктация головы — быстрые ритмичные движения головой (наклоны, вращения), наблюдается у детей младшего возраста при неврозах, чаще перед засыпанием.

Яктация навязчивая — навязчивое действие в виде ритмичного раскачивания или резких движений (наклонов в сторону, поворотов) головы и туловища, наблюдается чаще у детей.

Стили возбуждения

Агрессивность — стремление к нападению и нанесению повреждений отдельному лицу, группе лиц или всем окружающим.

Ажиотаж — искусственно вызванное возбуждение, волнение с целью привлечения внимания к чему-нибудь.

Беснование — неистовство, крайняя степень раздражения, возбуждения.

Бесчинство — грубое нарушение порядка, скандальное поведение.

Возбуждение — общее название психопатологических состояний с выраженным усилением психической и двигательной активности.

В. аментивное — В. с некоординированными однообразными движениями, наблюдающееся при аментивном синдроме в сочетании с другими его признаками.

В. галлюцинаторное — В., возникающее в связи с наплывом галлюцинаций.

В. гебефреническое — В. при гебефреническом синдроме, проявляющееся нелепо-дурашливым поведением (гримасничание, кривляние, немотивированный смех и т. п.).

В. гебефренопуэрильное — гебефреническое В. с выраженными детскими чертами в поведении и речи (употребление уменьшительно-ласкательных слов, сюсюканье и т. п.).

В. гиперкинетическое — резкое двигательное В. с усилением как экспрессивной моторики (мимика, жестикуляция), так и реактивных и спонтанных движений, напоминающих произвольные, при отсутствии речевого В.

В. двигательное — В., проявляющееся преимущественно повышением двигательной активности.

В. импульсивное — В. с преобладанием внезапных, стремительных двигательных реакций в форме агрессивных и разрушительных действий, бессмысленного сопротивления, вычурных или ритмическихдвижений, гримасничания, крика, разорванной или бессвязной речи (является признаком кататонического синдрома).

В. кататоническое — В., проявляющееся манерными, вычурными, импульсивными, некоординированными, иногда ритмическими, однообразно повторяющимися движениями и говорливостью, вплоть до бессвязной речи, сочетающимися с другими признаками кататонического синдрома.

В. кататоническое неистовое немое— тяжелая степень В. к., проявляющаяся непрерывными хаотическими движениями, беспорядочным метанием, яростным сопротивлением, нанесением себе повреждений и сопровождающаяся молчанием.

В. кататоническое растерянно-патетическое — начальный этап развития В. к., проявляющийся растерянностью, экзальтированными вычурными, гиперэкспрессивными движениями, манерностью, парамимией, негативизмом, непоследовательной, высокопарной или разорванной речью.

В. кататоно-гебефреническое — кататоническое В. с нелепо-дурашливым характером поведения (кривляние, гримасничание, грубые и нелепые шутки, внезапные агрессивные и разрушительные поступки).

В. координированное — В., при котором движения, в том числе сложные, сохраняют свою последовательность и законченность, несмотря на их усиление и ускорение.

В. маниакально-гебефреническое — маниакальное В. с дурашливостью, кривлянием, гримасничанием, вычурными движениями.

В. маниакальное — В. на фоне повышенного настроения и самочувствия, характеризующееся выразительной мимикой и жестами, ускорением ассоциативных процессов и речи, усиленной, чаще беспорядочной деятельностью.

В. психомоторное — см. Возбуждение.

В. речевое — В., проявляющееся преимущественно усилением речевой активности (убыстрением речи и удлинением ее периодов с сопутствующей бессвязностью, нарушением грамматического строя и т. д.).

В. субкоматозное — двигательное В. с некоординированными, резко выраженными движениями в ограниченном пространстве (в постели), возникает в состоянии выраженного оглушения.

В. хаотическое — двигательное В., проявляющееся непрерывными беспорядочными или ритмическими движениями (метание, подергивание, содрогание и т. п.), часто сопровождающееся агрессивностью и яростным сопротивлением.

В. экстатическое — двигательное В. с неестественными, чрезмерно выразительными движениями, жестами и мимикой, вычурными позами, выражающими состояние экстаза, восторга, необыкновенного счастья (встречается в рамках маниакального синдрома).

В. эпилептиформное — форма эпилептического сумеречного состояния, проявляющаяся внезапно возникающим резким двигательным В. с агрессивностью, стремлением к бегству, страхом, отрывочными образными бредовыми идеями, галлюцинациями, дезориентацией во времени и окружающей обстановке.

Неистовство — безудержное буйство.

Психолагния — половое возбуждение, вызванное сексуальными фантазиями.

Раптус — приступ неистового возбуждения, вызванный чрезвычайно сильным аффектом тоски, тревоги или страха.

Фуга — внезапное и кратковременное двигательное возбуждение в форме элементарных движений или действий (раздевание, бег и др.), которое сопровождается сумеречным помрачением сознания (симптом эпилепсии и органических заболеваний ЦНС).

Экзальтация — восторженно-возбужденное состояние.

Экстаз — исступленно-восторженное состояние.

Ступор (заторможенность)

Заторможенность двигательная — произвольное или непроизвольное ограничение двигательной активности, обездвиженность.

Млеть — замирать, быть в томном состоянии от какого-нибудь переживания, волнения.

Обездвиженность — состояние ограничения движений.

Оцепенение — состояние заторможенности, скованности и обездвиженности (признак шокового состояния, испуга).

Скованность — затрудненность, лишенность легкости в действиях, в проявлении чего-нибудь.

Ступор — состояние обездвиженности с полным или частичным мутизмом и ослаблением реакций на раздражение, в том числе болевой.

С. акинетический— С, характеризующийся длительным сохранением положения тела и сопротивлением его изменению.

С. апатический — С, сочетающийся с аспонтанностью, апатией, бедностью переживаний, нарушением ориентировки.

С. аффективный — см. Ступор депрессивный.

С. галлюцинаторно-параноидный — см. Ступор галлюцинаторный.

С. галлюцинаторный — С, сопровождающийся слуховыми, реже зрительными, галлюцинациями.

С. депрессивный — С. при глубокой депрессии, сопровождающийся скорбным, страдальческим выражением лица.

С. истерический — см. Ступор психогенный.

С. кататонический — С, развивающийся как проявление кататонического синдрома, характеризующийся пассивным негативизмом или восковой гибкостью, или (в наиболее тяжелой форме) резким мышечным гипертонусом с оцепенением больного в позе с согнутыми конечностями.

С. маниакальный — С, сочетающийся с повышенным настроением больного.

С. меланхолический — см. Ступор депрессивный.

С. негативистический — С, при котором больной противодействует попыткам исследующего изменить его позу или положение отдельных частей тела.

С. послешоковый — психогенный С, обусловленный возникновением катастрофической ситуации (например, пожар, землетрясение, наводнение).

С. псевдокататонический — см. Ступор психогенный.

С. психогенный — С, возникающий в результате психической травмы.

С. пустой — С, не сопровождающийся какими-либо другими психопатологическими расстройствами (например, бредом, галлюцинациями, изменением настроения).

С. рецепторный — С. на фоне онейроидного сумеречного помрачения сознания.

С. эмоциональный — см. Ступор психогенный.

С. эпилептический — относительно кратковременный С, продолжающийся от нескольких часов до нескольких дней, возникающий при эпилепсии, сопровождающийся последующей амнезией.

С. эффекторный — см. Ступор пустой.

Тезаурус речевых стилей и феноменов

Голосовыестилиифеномены

Афония — утрата голоса, отсутствие звучной речи (наблюдается при поражении гортани, ЦНС, а также истерическом (конверсионном, диссоциативном) расстройстве).

Голос — звучание голосовых связок, особенности произношения звуков.

Г. дрожащий — неустойчивое, сбивчивое произношение звуков (признак тревожного состояния, волнения).

Г. командный — громкое, с растяжкой произношение звуков.

Г. поставленный — размеренное, громкое и устойчивое произношение звуков.

Г. распевный — произношение звуков характеризуется плавностью.

Г. срывающийся — склонность к переходу от звучного произношения к сипу (указывает на выраженную тревогу).

Гундосость — произношение в нос.

Звонкость — звучность, ясность голоса с металлическим тембром звучания.

Звучность — насыщенность речи звуками, полновесность звуков.

Интонирование — произношение или исполнение с какой-либо интонацией, ритмико-мелодическим строем речи, с соответствующим смыслу повышением или понижением тона.

Крик — громкий, резкий звук голоса.

Модулирование — способность менять тональности речи.

Приглушенность — глухое, негромкое звучание голоса.

Осиплость — потеря звонкости голоса.

Фальцет — очень тонкие, сдавленные звуки.

Шепот — тихая, почти беззвучная речь, произносимая без участия голосовых связок.

Стили и феномены устной речи

Автоматизм речедвигательный — вид психического автоматизма с восприятием собственной речи как чужой, вызванной насильственно, путем мнимого воздействия извне (признак синдрома психического автоматизма Кандинского—Клерамбо).

Акатафазия — нарушение речи, выражающееся в употреблении сходных по звучанию, но не подходящих по смыслу слов.

Алалия — отсутствие (или дефект) активной речи или ее восприятия у детей при нормальном слухе и интеллекте, обусловленное недоразвитием речевых областей больших полушарий головного мозга или их поражением во внутриутробном либо раннем постнатальном периоде.

Афазия — нарушение речи, характеризующееся полной или частичной утратой способности понимать чужую речь или пользоваться словами и фразами для выражения своих мыслей, обусловленное поражением коры доминантного полушария головного мозга при отсутствии расстройств артикуляционного аппарата и слуха.

А. амнестическая — А., проявляющаяся нарушением способности называть предметы при сохраненной возможности их охарактеризовать, при подсказывании начального слога или буквы больной вспоминает нужное слово.

А. вербальная — см. Афазия моторная.

А. моторная — А., проявляющаяся нарушением активной речи при сохранении понимания устной и письменной речи.

А. моторная корковая — А. м., проявляющаяся нарушением устной речи (включая и внутреннюю речь), чтения и письма, обусловленная поражением коры речевой зоны лобной доли доминантного полушария головного мозга.

А. моторная субкортикальная — А. м., проявляющаяся нарушением устной речи при сохранности внутренней речи, чтения и письма; обусловлена поражением белого вещества непосредственно под моторно-речевой зоной коры доминантного полушария головного мозга.

А. моторная транскортикальная — А. м., проявляющаяся нарушением активной речи и письма при сохранении способности повторить обращенную речь и переписать текст, обусловленная поражением проводящих путей между моторно-речевой зоной коры доминантного полушария и другими областями коры головного мозга.

А. моторная чистая — см. Афазия моторная субкортикальная.

А. номинативная — см. Афазия амнестическая.

А. оптическая — А., проявляющаяся утратой способности называть предметы при их зрительном восприятии и сохранением возможности называть предметы при ощупывании.

А. проводниковая — моторная А., проявляющаяся нарушением способности повторения слов и предложений при менее значительном нарушении активной речи и сохранении понимания обращенной речи, обусловлена поражением проводящих путей между слуховой и моторной речевыми зонами коры головного мозга.

А. семантическая — сенсорная А., проявляющаяся нарушением понимания сложных логико-грамматических соотношений и связанных с ними мыслительных операций при достаточной сохранности понимания значений отдельных слов, наблюдается при поражении коры теменно-затылочных отделов доминантного полушария головного мозга.

А. сенсорная — А., проявляющаяся утратой способности понимания речи.

А. сенсорная корковая — А. с. с вторичным нарушением экспрессивной речи (логорея, вербальные парафазии), наблюдается при локализации очага поражения в заднем отделе верхней височной извилины коры доминантного полушария головного мозга.

А. сенсорная субкортикальная — А. с. с нарушением понимания устной речи и невозможностью повторения сказанных больному слов и письма под диктовку при сохранности экспрессивной устной и письменной речи и понимания прочитанного, наблюдается при поражении белого вещества головного мозга непосредственно под сенсорной речевой зоной доминантного полушария.

А. сенсорная транскортикальная — А. с, проявляющаяся нарушением понимания устной речи при сохранении возможности повторения сказанного другим лицом, списывания и письма под диктовку, наблюдается при поражении проводящих путей между задней и средней частью верхней височной извилины (зона Вернике) и другими областями коры головного мозга.

А. синтаксическая — А., проявляющаяся расстройством устной речи (аграмматизм, парафазии), нарушением понимания смысла слов, жаргонафазией при относительной сохранности письма.

А. смешанная — А., характеризующаяся сочетанием отдельных проявлений моторной и сенсорной А.

А. темпоропариетальная — сенсорная, чаще всего семантическая А., наблюдающаяся при поражении задних отделов нижней теменной дольки и височной доли доминантного полушария головного мозга.

А. тотальная — сочетание моторной сенсорной А. с утратой речи во всех ее проявлениях, наблюдается при острых нарушениях мозгового кровообращения.

А. экспрессивная — см. Афазия моторная.

А. интонационная — общее название нарушений интонационного строя речи, при которых речь становится монотонной.

Барилалия — неразборчивое произношение слов, обусловленное дизартрией.

Баттаризм — нарушение речи типа заикания, при котором темп речи ускорен, она имеет толчкообразный характер с остановками для дыхания, отдельные слова искажены.

Бессвязность речевая — нарушение речи, характеризующееся преобладанием отдельных не связанных по смыслу (в слова) слогов (может быть признаком аментивного расстройства сознания, а также шизофрении).

Брадилалия — замедленность речи, обусловленная затруднениями артикуляции вследствие поражения бледного шара и черного вещества головного мозга или мозжечка.

Брадифазия — общее название различных форм замедленной речи.

Брадифразия — брадифазия, обусловленная заторможенностью мышления (наблюдается, например, при депрессиях).

Витийство — склонность говорить красноречиво, ораторствовать.

Глоссолалия — 1) нарушение артикуляции, обусловленное какими-либо патологическими изменениями языка; 2) нарушение речи у психически больного в виде множества неологизмов и неправильного построения, что делает речь непонятной.

Демагогия — многословная, витиеватая речь, используемая не для коммуникации, а для достижения иных целей (введение собеседника в заблуждение, обман, извлечение выгоды).

Дизартрия — расстройство артикуляции, проявляющееся неясностью произношения (особенно согласных звуков), замедленностью или прерывистостью речи и т. п.

Дислалия — см. Косноязычие.

Инкогерентность речевая — речевая бессвязность, речь состоит из отдельных слогов.

Катафазия — расстройство речи, заключающееся в многократном повторении в стереотипной форме ответа на один заданный вопрос.

Копролалия — импульсивное произнесение бранных и нецензурных слов.

Косноязычие— 1) расстройство речи, характеризующееся неправильным произношением отдельных звуков (пропуском, искажением или заменой другим звуком), дислалия; 2) неумение складно говорить.

Краснобайство — пустое красноречие, многословие.

Ксенолалия — нарушение речи с изменением структуры ее звуков, вследствие чего речь становится похожей на иноязычную (наблюдается при поражении экстрапирамидной системы).

Логастения — расстройство речи, проявляющееся повышенной речевой утомляемостью и страхом неправильного произнесения, обусловленное функциональными нарушениями ЦНС, вызванными интоксикацией, инфекционной болезнью и др.; у детей Л. может наблюдаться в результате неправильного воспитания в период становления речи.

Логоклония — заикание с прерывистым повторением отдельных слогов, слов, междометий, обусловленное клоническими сокращениями мышц.

Логоневроз — расстройство речи в форме заикания, обусловленное неврозом.

Логопатия — общее название речевых расстройств.

Логорея — неудержимость речи больного, сочетающаяся с быстротой и многословием (часто является признаком маниакального синдрома).

Метонимия — замена слова или выражения сходным, но не вполне адекватным, наблюдаемая при некоторых расстройствах речи.

Могилалия — разновидность заикания, при котором затруднено произношение отдельных слогов.

Мутизм — отсутствие речевого общения больного с окружающими при сохранности речевого аппарата.

Немота — 1) отсутствие способности говорить; 2) молчание.

Олигофазия — пониженная речевая активность (наблюдается при поражениях головного мозга, чаще лобной доли доминантного полушария, и при некоторых психических болезнях).

Палилалия — расстройство речи в виде многократного повторения отдельных фраз, слов или слогов.

Парааграмматизм — нарушение устной или письменной речи в форме неправильного применения правил грамматики.

Парасигматизм — дефект речи, при котором звук «с» заменяется другими звуками.

Парафазия — искажение отдельных элементов речи при афазии.

П. вербальная — П., проявляющаяся заменой слов другими, обычно близкими по звуковой характеристике.

П. литеральная — П., характеризующаяся пропуском, заменой, перестановкой или повторением отдельных звуков в словах.

Парафразия — расстройство речи, заключающееся в утрате смысла и грамматического строя и применении искусственно созданных слов.

П. тематическая — расстройство речи у психически больного в виде непроизвольного отклонения от темы или объекта рассуждения.

Пселлизм — расстройство речи, заключающееся в нечетком произношении отдельных согласных или в замене их другими согласными звуками.

Разорванность речи — расстройство речи, характеризующееся нарушением или отсутствием в ней смысловых связей, наличием неологизмов и деформированных слов (патогномоничный признак шизофрении).

Резонерство — бесплодное болезненное мудрствование со склонностью к витиеватости и утрате целенаправленности и продуктивности (патогномоничный признак шизофрении).

Речевая бессвязность — патологическое речевое возбуждение с утратой смысловых и грамматических связей между словами и фразами, которые больной нередко рифмует.

Речевая спутанность — см. Речевая бессвязность.

Речевое недержание — см. Логорея.

Речевой напор — патологическое речевое возбуждение, при котором больной ощущает непрерывную потребность говорить и не может прекратить свои многословные высказывания.

Речь — специфически человеческая форма деятельности, служащая общению между людьми посредством языка.

Р. автоматическая — воспроизведение хорошо выученной серии слов (последовательный ряд чисел, дни недели, месяцы года, алфавит и др.).

Р. внутренняя — речевая деятельность, участвующая в процессах мышления и памяти и не предназначенная для непосредственного общения с другими людьми, внешне может проявляться лишь микродвижениями артикуляционного аппарата.

Р. вычурная — расстройство речи, при котором больной использует необычные, малопонятные, часто не подходящие по смыслу слова, сопровождается манерной жестикуляцией и гримасничанием, наблюдается при некоторых психических болезнях.

Р. жестовая — см. Речь мимико-жестикуляторная.

Р. зеркальная — расстройство речи, при котором больной непроизвольно повторяет слова, услышанные от окружающих, наблюдается при органических заболеваниях головного мозга, шизофрении.

Р. импрессивная — см. Речь сенсорная.

Р. манерная — см. Речь вычурная.

Р. мимико-жестикуляторная — общение между людьми, основанное на системе жестов и мимических движений.

Р. монотонная — расстройство речи, при котором отсутствуют (или крайне незначительны) изменения интонаций; наблюдается при некоторых болезнях нервной системы (паркинсонизм и др.), иногда и у здоровых людей.

Р. моторная — формулировка и высказывание своих мыслей, чувств и желаний в устной или письменной форме.

Р. обстоятельная — расстройство речи, при котором больной медленно и подробно излагает маловажные детали, что затрудняет понимание цели высказывания (наблюдается, например, при эпилепсии и органических поражениях ЦНС).

Р. олигофазическая — расстройство речи, при котором речь обеднена по словарному запасу, грамматическому строю и интонациям (наблюдается при эпилепсии и органических поражениях ЦНС).

Р. парадоксальная — расстройство речи, при котором преобладают противоречивые по смыслу высказывания (наблюдается при некоторых психических болезнях).

Р. персеверативная — расстройство речи, при котором больной многократно повторяет одно и то же слово или оборот речи и затрудняется подбором других слов и оборотов, требуемых для продолжения речи (наблюдается при органических заболеваниях головного мозга).

Р. пуэрильная — расстройство речи, при котором речь взрослого больного напоминает детскую (упоминание себя в третьем лице, картавость и др.), наблюдается главным образом при невротических и связанных со стрессом расстройствах, реже при органических заболеваниях головного мозга.

Р. рифмованная — расстройство речи, при котором больной рифмует слова, часто в ущерб смыслу (наблюдается, например, у больных с маниакальными состояниями и при кататонии).

Р. сенсорная — восприятие и понимание чужой устной или письменной речи.

Р. скандированная — расстройство речи, при котором больной говорит медленно, раздельно произнося слоги и слова (наблюдается при поражении мозжечка; характерный симптом рассеянного склероза).

Р. слащавая — расстройство речи, при котором больной говорит с вкрадчивой интонацией, употребляет уменьшительные формы слов и шаблонные хвалебные обороты (наблюдается при эпилепсии, некоторых личностных расстройствах).

Р. экспрессивная — см. Речь моторная.

Симптом «граммофона» — постоянное повторение больным одних и тех же коротких рассказов (спонтанно или в ответ на обращение); вид речевой стереотипии, связанный с утраченным или сниженным пониманием чужой речи (наблюдается, например, при болезни Пика).

Симптом монолога — безостановочная речь психически больного в ответ на любой заданный ему вопрос без учета внимания собеседника (наблюдается при шизофрении).

Симптом повышенной откликаемости — повторение психически больным слов и фраз, произнесенных окружающими, с последующим ответом на них (наблюдается, например, при деменции).

Симптом последнего слова — неожиданное произнесение психически больным, не вступавшим до этого в беседу, какого-нибудь слова при расставании с собеседником (наблюдается при шизофрении).

Словесная «окрошка» — речь, состоящая из набора слов, лишенных смысловой и грамматической связи (наблюдается при шизофрении, при некоторых формах помрачения сознания).

Словесный «салат» — см. Словесная «окрошка».

Стереотипия речевая — непроизвольное повторение в спонтанной речи больного и в его ответах на вопросы малоизменяющихся или неизмененных коротких, часто аграмматически построенных фраз, словосочетаний или слов, лишенных коммуникационного значения (наблюдается при болезни Пика и других психических болезнях, обусловленных атрофией головного мозга).

Стоячий оборот — короткая, часто аграмматически построенная фраза, словосочетание или отдельное слово, непроизвольно повторяемое больным без изменений (или почти без изменений) при спонтанной речи или при ответах на вопросы в случае речевой стереотипии (характерна для деменции атрофического типа, болезни Пика).

Сурдомутизм — см. Глухонемота.

Тахилалия — нарушение речи в форме выраженного многословия или резко ускоренного темпа речи.

«Телеграфный стиль» — нарушение речи, при котором в ней преобладают имена существительные и глаголы в неопределенной форме, а предлоги отсутствуют (наблюдается при некоторых органических поражениях ЦНС).

Хореофразия — бессмысленное повторение психическим больным частей слов или отрывков фраз.

Шепелявость — произношение свистящих звуков.

Шизофазия — расстройство речи в виде отсутствия смысловой связи между словами и предложениями, правильности их грамматического строя (признак шизофрении).

Эмбол речевой — слово, часть слова или короткое словосочетание, многократно повторяемое больным при попытке говорить (признак моторной афазии).

Эмбололалия — частое, привычное употребление в речи одних и тех же бессмысленных слов и оборотов.

Эхолалия — непроизвольное повторение психически больным слов и фраз, услышанных от окружающих (симптом кататонии).

Стили и феномены письменной речи, почерка

Аграмматизм — нарушение способности пользоваться грамматическим строем речи.

Аграфия — нарушение способности писать правильно по смыслу и форме при сохранности двигательной функции руки, обусловленное очаговым поражением коры доминантного полушария головного мозга.

Акатаграфия — расстройство письменной речи, при котором не соблюдается порядок слогов в словах или слов в предложении.

Макрография — нарушение письма, при котором величина букв значительно увеличена.

Микрография — нарушение письма, при котором величина букв значительно уменьшена, особенно к концу строки.

Параграфия — расстройство письма в форме неправильного написания отдельных слов или букв, замены одних букв другими.

Почерк — манера письменного изображения букв, графических знаков.

П., наклоненный влево, — П., характеризующийся наклоном букв влево.

П., наклоненный вправо, — П., характеризующийся наклоном букв вправо.

П. каллиграфический — П., характеризующийся изысканным и четким стилем.

П. крупный (крупноразмашистый) — П., характеризующийся изображением крупных букв, занимающих максимальное место на листе.

П. мелкий — П., характеризующийся изображением мелких букв, занимающих минимальное место на листе.

П. неразборчивый— П., характеризующийся нечеткостью изображения букв.

Приложение 2

ТЕСТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Опросник для оценки агрессии (Ч. Спилбергер)

Предназначен для определения уровня агрессии.

Инструкция. Испытуемый должен отметить в соответствующем столбце знаком «+» те утверждения, с которыми он согласен.

Часть 1. Как я себя чувствую СЕЙЧАС

№ п/п	Утверждения	Совершенно верно I	Немного 2	Умеренно 3	Очень 4
1	Я разъярен				
2	Я чувствую себя раздраженным				
3	Я зол				
4	Я чувствую, мне хочется накричать на кого-нибудь				
5	Я чувствую, мне хочется разбить что-нибудь вдребезги				
6	Я взбешен				
7	Я чувствую, мне хочется стукнуть по столу кулаком				
8	Я чувствую, мне хочется кого-нибудь ударить				
9	Я готов взорваться				
10	Я чувствую, мне хочется ругаться				

Часть 2. Как я себя ОБЫЧНО чувствую

№ п/п	Утверждения	Почти никогда 1	Иногда 2	Часто 3	Почти всегда 4
11	Я легко завожусь				
12	Я человек огненного темперамента				
13	Я вспыльчивый человек				
14	Меня злит, когда мне приходится действовать медленнее из-за чужих ошибок				
15	Меня раздражает, если моя хорошая работа остается незамеченной				
16	Я — взрывчатый человек				
17	Когда я взбешен, я говорю очень неприятные вещи				
18	Я впадаю в ярость, когда меня критикуют в чьем-то присутствии				
19	Когда я сильно не удовлетворен чем-то и никак не могу сделать, что хочу, мне хочется кого-нибудь ударить				
20	Меня приводит в ярость, если я делаю хорошую работу, а ее плохо оценивают				

Часть 3. Когда я зол или разъярен

№ п/п	Утверждения	Почти никогда 1	Иногда 2	Часто 3	Почти всегда 4
21	Я контролирую свой гнев				
22	Я проявляю свою злость				
23	Во мне накапливается возбуждение, не находя разрядки				
24	Я терпелив с окружающими				
25	Я угрюмый и хмурый				
26	Я отдаляюсь от людей				
27	Я делаю едкие замечания окружающим				
28	Я не даю выход гневу				
29	Я могу хлопнуть дверью				
30	Моя злость не находит выхода, и я надолго остаюсь раздраженным				
31	Я контролирую свое поведение				
32	Я ругаюсь с окружающими				
33	Я склонен копить обиды, о которых никому не говорю				

Часть 3 (окончание)

№ п/п	Утверждения	Почти никогда 1	Иногда 2	Часто 3	Почти всегда 4
34	Если меня что-то или кто-то взбесит, я этого просто так не спускаю				
35	Я могу удержать себя от потери самообладания				
36	Я затаиваю обиду				
37	Я гораздо более злой, чем это обычно признаю				
38	Я все сдерживаю внутри				
39	Я говорю гадкие вещи				
40	Ничто не заставит меня показать свою злость				
41	Я раздражаюсь гораздо в большей степени, чем окружающие это замечают				
42	Я теряю самообладание				
43	Если кто-то меня раздражает, я готов высказать ему или ей, что я чувствую				
44	Я контролирую свое чувство гнева				

Интерпретация. Диагностируется агрессия как состояние, как черта, как темперамент, как реакция, а также аутоагрессия, гетероагрессия и контроль агрессии.

Нормы:

Агрессия как состояние
10,84 ±2,27
Агрессия как черта
18,5213,75
Агрессия как темперамент
7,67 ±2,58
Агрессия как реакция
9,02 ±2,91
Аутоагрессия
15,1814,24
Гетероагрессия
15,7513,71
Контроль агрессии
21,9014,93

Тест коммуникативной толерантности
(В. В. Бойко)

Предназначен для изучения коммуникативной толерантности.

Инструкция. Испытуемый должен ответить на утверждения, используя следующие оценки:

0 баллов — совсем неверно;

1 — верно в некоторой степени;

2 — верно в значительной степени;

3 — верно в высшей степени.

1. Медлительные люди обычно действуют мне на нервы.
2. Меня раздражают суетливые, непоседливые люди.
3. Шумные детские игры я переношу с трудом.
4. Оригинальные, нестандартные, яркие личности обычно действуют на меня отрицательно.
5. Безудержный во всех отношениях человек насторожил бы меня.
6. Меня обычно выводит из равновесия несообразительный собеседник.
7. Меня раздражают любители поговорить.
8. Я тяготился бы разговором с безразличным мне попутчиком в поезде, самолете, если он проявит инициативу.
9. Я тяготился бы разговорами случайного попутчика, который уступает мне по уровню знаний и культуры.
10. Мне трудно найти общий язык с партнерами иного интеллектуального уровня, чем у меня.
11. Современная молодежь вызывает неприятные чувства своим внешним видом (прически, косметика, наряды).
12. Так называемые «новые русские» обычно производят неприятное впечатление либо бескультурьем, либо рвачеством.
13. Представители некоторых национальностей в моем окружении откровенно несимпатичны мне.
14. Есть тип мужчин (женщин), который я не выношу.
15. Терпеть не могу деловых партнеров с низким профессиональным уровнем.
16. Считаю, что на грубость надо отвечать тем же.
17. Мне трудно скрыть, если человек чем-либо мне неприятен.
18. Меня раздражают люди, стремящиеся в споре настоять на своем.
19. Мне неприятны самоуверенные люди.
20. Обычно мне трудно удержаться от замечания в адрес озлобленного или нервного человека, который толкается в транспорте.
21. Я имею привычку поучать окружающих.
22. Невоспитанные люди возмущают меня.
23. Я часто ловлю себя на том, что пытаюсь воспитывать кого-либо.
24. Я по привычке постоянно делаю кому-либо замечания.

25. Я люблю командовать близкими.
26. Меня раздражают старики, когда в час пик они оказываются в городском транспорте или в магазинах.
27. Жить в номере гостиницы с посторонним человеком для меня просто пытка.
28. Когда партнер не соглашается в чем-то с моей правильной позицией, то обычно это раздражает меня.
29. Я проявляю нетерпение, когда мне возражают.
30. Меня раздражает, если партнер делает что-то по-своему, не так, как мне того хочется.
31. Обычно я надеюсь, что моим обидчикам достанется по заслугам.
32. Меня часто упрекают в ворчливости.
33. Я долго помню нанесенные мне обиды теми, кого я ценю или уважаю.
34. Нельзя прощать сослуживцам бестактные шутки.
35. Если деловой партнер непреднамеренно заденет мое самолюбие, то я на него тем не менее обижусь.
36. Я осуждаю людей, которые плачутся в чужую жилетку.
37. Внутренне я не одобряю коллег (приятелей), которые при удобном случае рассказывают о своих болезнях.
38. Я стараюсь уходить от разговора, когда кто-нибудь начинает жаловаться на свою семейную жизнь.
39. Обычно я без особого внимания выслушиваю исповеди друзей (подруг).
40. Мне иногда нравится позлить кого-нибудь из родных или друзей.
41. Обычно мне трудно идти на уступки партнерам.
42. Мне трудно ладить с людьми, у меня плохой характер.
43. Обычно я с трудом приспосабливаюсь к новым партнерам по работе.
44. Я воздерживаюсь поддерживать отношения с несколько странными людьми.
45. Обычно я из принципа настаиваю на своем, даже если понимаю, что партнер прав.

Интерпретация. Баллы суммируются. Максимальное количество баллов: 135. **Норма:** 30-40.

Коммуникативная толерантность — характеристика отношений личности к людям, показывающая степень переносимости ею неприятных или неприемлемых, по ее мнению, психических состояний и поступков партнеров по взаимодействию.

Подструктуры личности, обусловливающие коммуникативную толерантность:

Интеллектуальная передает парадигму (образец, тип, стиль) мыслительной деятельности конкретного человека, то есть принципы его понимания действительности, привычные для него стереотипы осмысления проблем, идей, принятия решений.

Ценностно-ориентационная вбирает в себя основные мировоззренческие идеалы конкретного человека, его жизненные ближайшие и отдаленные цели, интересы, оценки происходящего.

Этическая выражает нравственные нормы, которых придерживается человек.

Эстетическая охватывает область предпочтений, вкусов и чувств, особенности восприятия человеком красивого и безобразного, возвышенного и низменного, комического и трагического.

Эмоциональная передает преобладающий эмоциональный спектр, в котором чаше всего находится данный человек.

Сенсорная (чувственная) вбирает особенности чувственного восприятия мира на уровне зрительного, слухового, обонятельного, вкусового, кожного и двигательного ощущений.

Энергодинамическая отражает энергетические особенности человека.

Алгоритмическая — однообразие воспроизводимости.

Характерологическая.

Функциональная.

Методика «Q-сортировка» (В. Стефансон)

Предназначен для определения тенденций поведения человека в реальной группе.

Инструкция. Необходимо ответить «да», если утверждение соответствует представлению испытуемого о себе как члене данной конкретной группы, или «нет», если оно противоречит его представлению (в исключительных случаях разрешается ответить «сомневаюсь»).

1. Критичен к окружающим товарищам.
2. Возникает тревога, когда в группе начинается конфликт.
3. Склонен следовать советам лидера.
4. Не склонен создавать слишком близкие отношения с товарищами.
5. Нравится дружественность в группе.
6. Склонен противоречить лидеру.
7. Испытывает симпатии к одному-двум членам группы.
8. Избегает встреч и собраний в группе.
9. Нравится похвала лидера.
10. Независим в суждениях и манере поведения.
11. Готов встать на чью-либо сторону в споре.
12. Склонен руководить товарищами.
13. Радуется общению с одним-двумя друзьями.
14. Внешне спокоен при проявлении враждебности со стороны членов группы.
15. Склонен поддерживать настроение своей группы.
16. Не придает значения личным качествам членов группы.
17. Склонен отвлекать группу от ее целей.

18. Испытывает удовлетворение, противопоставляя себя лидеру.
19. Хотел бы сблизиться с некоторыми членами группы.
20. Предпочитает оставаться нейтральным в споре.
21. Нравится, когда лидер активен и хорошо руководит.
22. Предпочитает хладнокровно обсуждать разногласия.
23. Недостаточно сдержан в выражении чувств.
24. Стремится сплотить вокруг себя единомышленников.
25. Недоволен слишком формальными отношениями.
26. Когда обвиняют — теряется и молчит.
27. Предпочитает соглашаться с основными направлениями в группе.
28. Привязан к группе в целом больше, чем к определенным товарищам.
29. Склонен затягивать и обострять спор.
30. Стремится быть в центре внимания.
31. Хотел бы быть членом более узкой группировки.
32. Склонен к компромиссам.
33. Испытывает внутреннее беспокойство, когда лидер поступает вопреки его ожиданиям.
34. Болезненно относится к замечаниям товарищей.
35. Может быть коварным и вкрадчивым.
36. Склонен принять на себя руководство в группе.
37. Откровенен в группе.
38. Возникает нервное беспокойство во время группового разногласия.
39. Предпочитает, чтобы лидер брал на себя ответственность при планировании работ.
40. Не склонен отвечать на проявление дружелюбия.
41. Склонен сердиться на товарищей.
42. Пытается вести других против лидера.
43. Легко находит знакомства за пределами группы.
44. Старается избегать быть втянутым в спор.
45. Легко соглашается с предложениями других членов группы.
46. Оказывает сопротивление образованию группировок в группе.
47. Насмешлив и ироничен, когда раздражен.
48. Возникает неприязнь к тем, кто пытается выделиться.
49. Предпочитает меньшую, но более интимную группу.
50. Старается не показывать свои истинные чувства.
51. Становится на сторону лидера при групповых разногласиях.
52. Инициативен в установлении контактов в общении.
53. Избегает критиковать товарищей.
54. Предпочитает обращаться к лидеру чаще, чем к другим.
55. Не нравится, что отношения в группе слишком фамильярны.
56. Любит затевать споры.
57. Стремится удерживать свое высокое положение в группе.
58. Склонен вмешиваться в контакты товарищей и нарушать их.
59. Склонен к «перепалкам», «задиристый».
60. Склонен выражать недовольство лидером.

Интерпретация и обработка данных. Оцениваются зависимость — независимость, общительность — необщительность, принятие «борьбы» — избегание «борьбы». Тенденция к *зависимости* определена как внутреннее стремление индивида к принятию групповых стандартов и ценностей: социальных и морально-этических. Тенденция к *общительности* свидетельствует о контактности, стремлении образовать эмоциональные связи как в своей группе, так и за ее пределами. Тенденция к *«борьбе»* — активное стремление личности участвовать в групповой жизни, добиваться более высокого статуса в системе межличностных взаимоотношений; в противоположность этой тенденции *избегание «борьбы»* показывает стремление уйти от взаимодействия, сохранить нейтралитет в групповых спорах и конфликтах, склонность к компромиссным решениям. Каждая из этих тенденций имеет внутреннюю и внешнюю характеристику, то есть зависимость, общительность и «борьба» могут быть истинными, внутренне присущими личности, а могут быть внешними, своеобразной «маской», скрывающей истинное лицо человека. Если число положительных ответов в каждой сопряженной паре (зависимость—независимость, общительность — необщительность, принятие «борьбы» — избегание «борьбы») приближается к 20, то это говорит об истинном преобладании той или иной устойчивой тенденции, присущей индивиду и проявляющейся не только в определенной группе, но и за ее пределами.

Подсчитываются тенденции по каждой из сопряженных пар. Количество ответов «да» суммируется с количеством ответов «нет» противоположных тенденций. Для сведения результатов в границы от +1 до —1 полученное число делится на 10. Предполагается, что ответ «да» имеет положительный знак, а ответ «нет» — отрицательный. Три-четыре ответа «сомневаюсь» по отдельным тенденциям расцениваются как признак нерешительности, уклончивости, астеничности, однако в других случаях это может свидетельствовать об известной избирательности в поведении, о тактической гибкости, стеничности. Возможна нулевая оценка, когда суммы ответов «да» и «нет» совпадают. Такое положение может трактоваться как источник внутреннего конфликта личности, находящейся во власти имеющих одинаковую выраженность противоположных тенденций. Возможна и повторная сортировка того же набора карточек, но в других отношениях: «социальное „Я"» (Каким меня видят другие); «идеальное „Я"» (Каким бы я хотел быть); «актуальное „Я"» (Какой я в разных ситуациях); «значимые другие» (Каким я вижу своего партнера); «идеальный партнер» (Каким бы я хотел видеть своего партнера).

I. Зависимость - 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 54.
II. Независимость - 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 57, 60.
III. Общительность - 5, 7, 13, 19,25,31,37,43,49,52.
IV. Необщительность - 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 55, 58.
V. Принятие «борьбы» - 1, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 56. 59.
VI. Избегание «борьбы» - 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 53.

Томский опросник ригидности (ТОР)[1] (Г. В. Залевский)

Применяется для оценки психической ригидности.

Инструкция. Испытуемый дает ответы по четырехбалльной системе: «да», «скорее да», «скорее нет», «нет».

1. Я легко осваиваюсь в новых условиях (привыкаю к новым условиям).
2. Я радуюсь возможности попутешествовать, увидеть новые места и т. п.
3. С детства я предпочитаю есть только определенную пищу, иметь вещи определенного цвета и стараюсь не изменять своему вкусу.
4. Остается ли у вас надолго чувство обиды, досады и т. п.?
5. Если факты против моего первоначального предположения о чем-то или о ком-то, то я легко отказываюсь от него и выдвигаю новое предложение.
6. Я переживаю, если приходится менять свои планы на полпути.
7. В детстве и/или юности мне было трудно отказаться от привычек, даже если они мне были не по душе.
8. Бывает, что вы меняете круг своих знакомых и друзей?
9. Я обычно легко меняю свой привычный темп и ритм работы и жизни.
10. Я переживаю, если приходится изменять своему вкусу.
11. В детстве и/или юности я обычно легко менял однажды принятое решение.
12. Я предпочитаю проводить отпуск, каникулы и т. п. в привычной обстановке.
13. Я переживаю, что никак не могу избавиться от привычки считать совершенно ненужные мне предметы (ступеньки, окна, фонари и т. п.).
14. В школьные годы я обычно легко отказывался от старого, привычного способа или пути решения той или иной проблемы и искал новый.
15. Сохраняете ли вы прежний ритм действий, если куда-нибудь спешите, но знаете, что успеете?
16. Мне трудно изменить что-нибудь в своей жизни, в работе, когда я утомлен.
17. Я предпочитаю решать те или иные проблемы привычным способом.
18. Я переживаю, если приходится менять свое отношение к людям.
19. В школьные годы у меня были определенные маршруты в школу и т. п., которые я старался не менять.
20. Можете вы в последний момент отказаться от давно задуманного?
21. Бывает, что я непроизвольно начинаю считать, например ступеньки, фонари, окна и т. п.
22. Я переживаю, если оказываюсь не в состоянии избавиться от плохого настроения, чувства страха, эмоционального напряжения.
23. В детстве и/или юности в оценке своих качеств характера, возможностей, способностей я считал необязательным прислушиваться к мнению других и что-либо в себе менять.

[1] Нумерация вопросов и ключ для обработки данной методики сверены с авторским вариантом.

24. Вам трудно заводить знакомства?
25. Вам трудно перейти от печали к радости?
26. Мне с трудом удается изменение собственного мнения о себе, если оно не совпадает с мнением других людей.
27. Вы долго переживаете события, которые коснулись вас лично?
28. Я переживаю, если приходится менять однажды принятое решение.
29. Испытываете ли вы в сходных ситуациях одни и те же чувства?
30. В детстве и/или юности я обычно легко менял свои планы на полпути.
31. В состоянии ли вы слушать одновременно двух рассказчиков?
32. Мне трудно изменять свой привычный путь на работу (учебу).
33. Можете ли вы одновременно читать и слушать других людей?
34. Мне трудно изменить что-либо в своей жизни, если я оказываюсь в напряженной ситуации (ситуации стресса).
35. Подходит ли к вам поговорка «За словом в карман не полезет»?
36. Нравится ли вам не быть похожим на других?
37. Меня привлекают путешествия.
38. Я переживаю, если надо изменить привычку, даже если она мне не по душе.
39. В детстве и/или юности я обычно легко мог изменить свое отношение к кому-либо.
40. Можете ли вы перевоплощаться?
41. Вы все делаете не спеша, с расстановкой?
42. Мне трудно изменить что-либо в своей жизни/работе в состоянии подавленности, плохого настроения.
43. Вы быстро подготавливаетесь к началу какой-либо новой деятельности?
44. Я обычно легко отказываюсь от привычек, которые мне не по душе.
45. Я переживаю, если мне приходится расставаться с привычными для меня условиями жизни и т. п.
46. Когда вы заняты чем-то, трудно ли вам оторваться или отвлечься от этого занятия?
47. Когда вы отвлеклись от этого занятия, то оно никак не выходит у вас из головы?
48. С детства я привык к определенному режиму (распорядку) и неохотно его изменяю.
49. После поездки на поезде, корабле или на каком-либо другом виде транспорта вы обычно продолжаете еще некоторое время слышать гудки, сигналы, ощущать движение?
50. Я обычно легко меняю свои планы на полпути, если этого требуют обстоятельства.
51. Видите ли вы во сне то, что произошло совсем недавно?
52. Расстраивает ли вас необходимость выполнять в одно и то же время много разных поручений, заданий, обязанностей?
53. В детстве и/или юности меня было обычно трудно переубедить, даже если я был неправ.

54. Если к вам обращаются с вопросом, который вы достаточно хорошо знаете, но о котором в данный момент не думаете, можете ли вы легко и быстро ответить на него?
55. Я с радостью берусь за работу, которая требует необычного, нового решения.
56. Я обычно легко избавляюсь от каких-либо переживаний (плохого настроения, беспокойства).
57. В школьные годы мне нравилось путешествовать, для того чтобы оказаться в новых условиях, узнать новое.
58. Если вы смотрели какой-либо спектакль/фильм или были свидетелем трагического случая, то долго ли вы еще находитесь под властью пережитого?
59. Я обычно легко меняю однажды принятое решение, если этого требуют обстоятельства.
60. Вы легко забываете неприятности?
61. В детстве и/или юности я обычно легко и быстро приспосабливался к новым условиям жизни.
62. Мне трудно изменить место жительства, работу и т. п.
63. Замечаете ли вы, что вам в голову постоянно приходят и тревожат вас какие-то незначимые мысли и идеи?
64. Я себя плохо чувствую, если приходится отступать от своего первоначального/привычного режима жизни (распорядка дня и т. п.).
65. Если вас что-то тревожит, то это чувство тревоги не покидает вас, несмотря на ваше старание избавиться от него?
66. В детстве и/или юности мне было обычно трудно изменить первоначальное мнение о чем-либо или ком-либо, даже если факты его опровергали.
67. Вы лучше выполняете какое-либо задание, если ваши мысли заняты только им?
68. Если вы оказываетесь в новой обстановке, на новом месте жительства, то вам трудно выполнять ту или иную работу?
69. В детстве и/или юности мне обычно легко давались какие-либо изменения в моей жизни (школы, места жительства и т. п.).
70. Если вам предстоит выполнить несколько заданий, то сначала вы выполните одно задание, а затем другое?
71. Мне трудно изменять что-либо в своей жизни/работе, если я нахожусь в состоянии страха.
72. Мне трудно обычно изменить что-либо в своей жизни даже в обычных условиях.
73. Я переживаю, если найденный мною способ или путь решения той или иной проблемы ее не решает и надо искать другой.
74. В детстве и/или юности я обычно долго переживал уже прошедшие события.
75. Я переживаю, если мое первоначальное предположение не подтверждается и необходимо искать новое объяснение чему-либо.

76. Вы даже своим друзьям не позволяете отвлекать вас от вашей работы?
77. Вам не нравится, если кто-то без предупреждения нарушает ваш покой?
78. Я обычно легко меняю отношение к людям.
79. Если вы что-то запланировали, думаете ли вы постоянно об этом, хотя и уверены, что все предусмотрели?
80. В детстве и/или юности мне обычно легко давались какие-либо изменения в моей жизни (места жительства, учебы, работы и т. п.).
81. Вы считаете, что хорошо упорядоченный образ жизни соответствует вашему темпераменту?
82. После того, как вы написали и отправили какое-либо письмо, вы мысленно возвращаетесь к нему?
83. В детстве и/или юности я обычно старался не менять свой привычный темп и ритм жизни и работы.
84. Вы обычно тщательно планируете и организуете свою работу?
85. Я переживаю, если приходится менять маршрут (путь, дорогу) на работу, учебу и т. п.
86. Большинство вопросов имеет один правильный ответ.
87. Вы раздражаетесь, если что-то неожиданно нарушает ваш распорядок дня?
88. Непривычные условия не ухудшают моего настроения.
89. Вас возмущает человек, который упорно отказывается признать свою ошибку?
90. Когда вы заняты своей основной работой, интересуетесь ли вы в то же время и работой своих товарищей?
91. В детстве и/или юности я постоянно что-то переделывал, переиначивал, изобретал и т. п.
92. Мне обычно трудно изменить что-либо в своей жизни, если я болею или вообще плохо себя чувствую.
93. Меня беспокоит, что я никак не могу избавиться от навязчивой мысли, мелодии и т. п.
94. Я даже рад, если приходится менять свой привычный ритм и темп жизни и работы.
95. Вы легко переходите от одного дела к другому?
96. В детстве и/или юности у меня была привычка считать совершенно ненужные мне предметы (ступеньки, окна, фонари и т. п.), от которой я никак не мог избавиться.
97. Вам нравится работа, требующая внимания к деталям?
98. Мне трудно изменить своему вкусу в еде, в одежде.
99. Вы можете быстро прервать начатое дело и тут же приступить к выполнению другого?
100. Мне обычно трудно представить или поставить себя на место другого человека.
101. Вы бываете так поглощены какой-либо работой, что ни на что больше не обращаете внимания?
102. В детстве и/или юности я ловил себя на том, что много раз в день возвращался к одной и той же мысли.

103. Вы методичны, систематичны в том, что делаете?
104. Вы раздеваетесь/одеваетесь в определенном порядке?
105. Я переживаю, если приходится менять мнение о самом себе — менять самооценку.
106. Вы обычно аккуратно соблюдаете рабочий или учебный режим?
107. Я обычно легко изменяю свой режим жизни (распорядок дня и.т.п.), если этого требуют обстоятельства.
108. Я считаю, что необходимо избавляться от привычек, если они не по душе.
109. Мне уже приходилось менять однажды принятое решение.
110. Я считаю, что проводить время (отпуск, каникулы и т. п.) необходимо в родных стенах, никуда не уезжая.
111. Мне уже приходилось менять свой привычный путь (дорогу на работу, учебу и т. д.).
112. Я считаю, что не следует изменять однажды принятое решение.
113. Мне уже приходилось менять свои планы на полпути.
114. Я считаю, что лучше всего ходить на работу, в школу и т. п. привычным путем.
115. Мне уже приходилось менять место жительства, работу и т. п.
116. Я считаю, что нужно отказываться от предположения, если оно противоречит действительности.
117. Мне уже приходилось менять свое отношение к людям.
118. Я считаю, что надо ставить себя на место другого человека.
119. Случалось, что меня переубеждали, если я был неправ.
120. Я считаю, что лучше всего работать в привычном темпе и ритме.
121. Мне уже приходилось приспосабливаться к новым условиям.
122. Я считаю, что каждый должен иметь свой вкус в пище, одежде и т. п. и не должен торопиться изменять его.
123. Случалось, что я никак не мог избавиться от каких-либо переживаний.
124. Я считаю, что, если обстоятельства требуют, нужно приспособиться/освоиться в новых условиях.
125. Мне уже приходилось ставить себя на место другого человека.
126. Я считаю, что человеку трудно избавиться от каких-либо переживаний.
127. Мне уже приходилось изменять своему вкусу (в еде, одежде и т. п.).
128. Я считаю, что не следует менять место жительства, работу и т. п.
129. Мне уже приходилось отказываться от привычного способа, пути решения определенных проблем и искать новые.
130. Я считаю, что любую работу следует выполнять привычным способом.
131. Мне уже приходилось менять свой режим (распорядок дня и т. п.) жизни и работы.
132. Я считаю, что необходимо строго соблюдать режим/распорядок дня, невзирая ни на что.
133. Мне уже приходилось изменять свой привычный темп и ритм работы и жизни.
134. Я считаю, что существует только один наилучший путь или способ решения большинства проблем.

135. В моей жизни были случаи, когда я настаивал на своем предположении, хотя факты и говорили против него.
136. Я считаю правильным, что «со стороны виднее», и поэтому необходимо учитывать мнение других людей о себе.
137. Мне уже приходилось вступать в конфликт с близкими по поводу оценки моего характера, способностей, поступков и т. п.
138. Я считаю, что нужно изменять свои планы на полпути, если того требуют обстоятельства.
139. Мне уже приходилось путешествовать (уезжать из своего привычного места жительства).
140. Я считаю, что нужно менять свое отношение к людям, если того требуют обстоятельства.
141. Мне уже приходилось избавляться от привычек, которые мне были не по душе.

Интерпретация и обработка результатов. Подсчитываются баллы на прямые и обратные вопросы.

Прямые вопросы («да» — 4 балла, «скорее да» — 3 балла, «скорее нет» — 1 балл, «нет» - 0): 3, 4, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 35, 37, 43, 47, 48, 52, 53, 54, 55, 56, 59, 61, 68, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 92, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 107, 108, 112,113,114,116,117, 118,120,121,122,124,128, 130, 132, 138, 140, 144, 146, 148, 150, 152.

Обратные вопросы («да» — 0 баллов, «скорее да» — 1 балл, «скорее нет» — 3 балла, «нет» — 4 балла).

Оцениваются:

Шкала общей ригидности (склонности к широкому спектру фиксированных форм поведения) *СКР — «симптомокомплекс ригидности». Подшкала АР («актуальной ригидности»).* Отражает склонность к навязчивостям, стереотипиям, педантизму, неспособность при объективной необходимости изменить мнение, отношение, установку, мотивы, модус переживания и т. п.

Шкала «сенситивной ригидности» (СР). Отражает эмоциональную реакцию человека на ситуации, требующие изменений, на новое.

Шкала «установочной ригидности» (УР). Отражает личностный уровень проявления ПР, выраженный в позиции, отношении или установке на принятие или непринятие нового, необходимости изменения системы ценностей, привычек.

Шкала «ригидности как состояния» (РСО).

Шкала «преморбидной ригидности» (ПМР).

Шкала «реальности» (ШР). Отражает, исходит ли испытуемый в своих ответах из своего опыта или только из предположений.

СКР(62 вопроса): 1, 4, 5, 8, 9, 13, 16, 19, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 31, 34, 35, 36, 38, 39,40,46,47,49, 50, 53, 54, 56, 57, 60, 62, 65, 68, 69, 70, 73, 74, 77, 79, 80, 83,

91,92,93,94,96,97,99, 101,102, 104, 105, ПО, 113, 114, 115, 116, 117, 120, 121, 124, 125. Максимальное количество баллов — 248.

АР(18 вопросов): 1, 5, 9, 13, 19, 23, 28, 35, 40, 50, 57, 65, 69, 73, 93, 114, 116, 125. Максимальное количество баллов — 72.

СР(19 вопросов): 2, 6, 10, 14, 20, 24, 30, 43, 52, 59, 63, 75, 86, 90, 100, 103, 108, 109, 122. Максимальное количество баллов — 76.

УР(\7 вопросов): 126, 128, 130, 132, 134, 136, 138, 140, 142, 144, 146, 148, 150, 152, 154, 156, 158. Максимальное количество баллов — 68.

РСО (6 вопросов): 18, 37, 48, 84, 85, 107. Максимальное количество баллов — 24.

ПМР(20 вопросов): 3, 7, 11, 15, 21, 25, 32,45, 55, 61, 67, 71, 78, 81, 89, 95,98, 106, 112, 118. Максимальное количество баллов — 80.

ШР{ 17 вопросов): 127, 129, 131, 133, 135, 137, 139, 141, 143, 145, 147, 149, 151, 153, 155, 157, 159. Максимальное количество баллов — 68.

Квартильная норма типов по степени **проявления ПР**

Шкалы	Пределы балльных оценок	Низкая ПР	Умеренная ПР	Высокая ПР	Очень высокая ПР
СКР	0-248	0-62	63-124	125-186	187-248
АР	0-72	0-18	19-36	37-54	55-72
СР	0-76	0-19	20-38	39-57	58-76
УР	0-68	0-17	18-34	35-51	52-68
РСО	0-24	0-6	7-12	13-18	19-24
ПМР	0-80	0-20	21-40	41-60	61-80

Опросник определения типов темперамента (Я. Стреляу)

Предназначен для определения типов темперамента.

Инструкция. Испытуемый должен отметить знаком «+» те вопросы, на которые он отвечает «да», знаком «—» — те, на которые отвечает «нет», а знак «±» поставить при отсутствии твердого ответа.

1. Легко ли вы сходитесь с людьми?
2. Способны ли вы воздержаться от того или иного действия до момента, когда получите соответствующие распоряжения?
3. Достаточно ли вам непродолжительного отдыха для восстановления после утомительной работы?
4. Умеете ли вы работать в неблагоприятных условиях?
5. Воздерживаетесь ли вы во время спора от неделовых, эмоциональных аргументов?

6. Легко ли вам втянуться в работу после длительного перерыва, например после отпуска или каникул?
7. Забываете ли вы об усталости, если работа вас полностью поглощает?
8. Способны ли вы, поручив кому-нибудь определенную работу, терпеливо ждать ее окончания?
9. Засыпаете ли вы легко и одинаково, ложась спать в разное время суток?
10. Умеете ли вы хранить тайну, если вас об этом просят?
11. Легко ли вам возвращаться к работе, которой вы не занимались несколько недель или месяцев?
12. Умеете ли вы терпеливо объяснять?
13. Любите ли вы работу, требующую умственного напряжения?
14. Вызывает ли у вас монотонная работа скуку или сонливость?
15. Легко ли вы засыпаете после сильных переживаний?
16. Способны ли вы, когда требуется, воздерживаться от проявлений своего превосходства?
17. Ведете ли вы себя естественно в присутствии незнакомых людей?
18. Трудно ли вам сдержать злость или раздражение?
19. В состоянии ли вы владеть собой в тяжелые минуты?
20. Умеете ли вы, если требуется, приспособить свое поведение к поведению окружающих?
21. Охотно ли вы беретесь за ответственную работу?
22. Влияет ли обычно окружение на ваше настроение?
23. Способны ли вы переносить поражения?
24. Разговариваете ли вы в присутствии кого-либо, чьим мнением особенно дорожите, столь же свободно, как обычно?
25. Вызывают ли у вас раздражение неожиданные изменения в вашем распорядке дня?
26. Есть ли у вас на все готовые ответы?
27. В состоянии ли вы вести себя спокойно, когда ждете важного решения (например, результата вступительных экзаменов, визы для поездки за границу)?
28. Легко ли вы организуете первые дни своего отпуска, каникул?
29. Обладаете ли вы так называемой «быстрой реакцией»?
30. Легко ли вы приспосабливаете свою походку или манеру есть к походке или манере есть людей более медлительных?
31. Быстро ли вы засыпаете?
32. Охотно ли вы выступаете на собраниях, семинарах?
33. Легко ли вам испортить настроение?
34. Трудно ли вам оторваться от работы?
35. Умеете ли вы воздерживаться от разговора, если это мешает другим?
36. Легко ли вас спровоцировать на что-либо?
37. Легко ли вы срабатываетесь с людьми?
38. Всегда ли, если вам предстоит что-нибудь важное, вы обдумываете свои поступки?

39. В состоянии ли вы, читая текст, проследить от начала до конца ход мыслей автора?
40. Легко ли вы вступаете в разговор с попутчиками?
41. Воздерживаетесь ли вы от доказательства неправоты собеседника, если это по тем или иным причинам нецелесообразно?
42. Охотно ли вы беретесь за работу, требующую большой ловкости рук?
43. В состоянии ли вы изменить уже принятое решение, учитывая мнение других?
44. Быстро ли вы привыкаете к новой системе работы?
45. Можете ли вы работать ночью, если работали днем?
46. Быстро ли вы читаете беллетристику?
47. Часто ли вы отказываетесь от своих намерений, если возникает препятствие?
48. Умеете ли вы держать себя в руках, если этого требуют обстоятельства?
49. Просыпаетесь ли вы обычно быстро, без труда?
50. В состоянии ли вы воздержаться от моментальной импульсивной реакции?
51. Трудно ли вам работать при шуме?
52. Умеете ли вы, когда это необходимо, воздерживаться от того, чтобы «резать правду-матку»?
53. Успешно ли вы сдерживаете волнение перед экзаменом, встречей с начальством и т. п.?
54. Любите ли вы частые перемены?
55. Быстро ли вы привыкаете к новой среде?
56. Восстанавливаете ли вы силы полностью после ночного отдыха, тяжело проработав весь предыдущий день?
57. Избегаете ли вы занятий, требующих выполнения в непродолжительный срок разнородных действий?
58. Самостоятельно ли вы обычно боретесь с трудностями?
59. Перебиваете ли вы собеседника?
60. Прыгнули бы вы в воду, не умея плавать, чтобы спасти утопающего?
61. В состоянии ли вы напряженно работать, заниматься?
62. Можете ли вы воздержаться от неуместных замечаний?
63. Имеет ли для вас значение постоянное место на работе, за столом, на лекции и т. п.?
64. Легко ли вам переходить от одного занятия к другому?
65. Взвешиваете ли вы все «за» и «против», прежде чем принять важное решение?
66. Легко ли вы преодолеваете препятствия?
67. Заглядываете ли вы в чужие письма, вещи?
68. Скучно ли вам во время стереотипных (всегда одинаково протекающих) действий, занятий?
69. Соблюдаете ли вы правила поведения в общественных местах?
70. Воздерживаетесь ли вы во время разговора, выступления или ответа от лишних движений и жестикуляции?

71. Любите ли вы оживленную обстановку?
72. Любите ли вы деятельность, требующую больших усилий?
73. В состоянии ли вы длительное время сосредоточивать внимание на выполнении определенной задачи?
74. Любите ли вы работу, требующую быстрых движений?
75. Умеете ли вы владеть собой в трудных жизненных ситуациях?
76. Встаете ли вы, если нужно, сразу же после того, как проснулись?
77. Способны ли вы, если требуется, окончив полученную работу, терпеливо ждать, пока не закончат свою работу другие?
78. Способны ли вы после того, как увидели что-то неприятное, действовать столь же четко, как и обычно?
79. Быстро ли вы просматриваете ежедневные газеты?
80. Случается ли вам говорить так быстро, что вас трудно понять?
81. Можете ли вы, не выспавшись, нормально работать?
82. В состоянии ли вы длительное время работать без перерыва?
83. В состоянии ли вы работать, если у вас болит голова, зуб и т. п.?
84. В состоянии ли вы спокойно окончить работу, зная, что ваши товарищи развлекаются и ждут вас?
85. Отвечаете ли вы, как правило, быстро на неожиданные вопросы?
86. Говорите ли вы обычно быстро?
87. Можете ли вы спокойно работать, если ждете гостей?
88. Легко ли вы меняете свое мнение под влиянием убедительных аргументов?
89. Терпеливы ли вы?
90. Умеете ли вы приспособиться к ритму работы более медленного человека?
91. Умеете ли вы спланировать работу, чтобы выполнить несколько совместных действий?
92. Может ли веселая компания изменить ваше настроение?
93. Умеете ли вы без особого труда выполнить несколько действий одновременно?
94. Сохраняете ли вы психологическое равновесие, когда являетесь свидетелем несчастного случая на улице?
95. Любите ли вы работу, требующую множества разнообразных манипуляций?
96. Сохраняете ли вы спокойствие, когда страдает кто-нибудь из близких вам людей?
97. Самостоятельны ли вы в трудных жизненных ситуациях?
98. Свободно ли вы себя чувствуете в большой или незнакомой компании?
99. Можете ли вы сразу прервать разговор, если это требуется (например, начало сеанса, лекции)?
100. Легко ли вы приспосабливаетесь к методам работы других?
101. Любите ли вы часто менять род работы?
102. Склонны ли вы брать инициативу в свои руки, если случается что-нибудь из ряда вон выходящее?
103. Воздерживаетесь ли вы от неуместных улыбок?

104. Начинаете ли вы работать сразу интенсивно?
105. Решаетесь ли вы выступить против общепринятого мнения, если вам кажется, что вы правы?
106. В состоянии ли вы преодолеть временную депрессию?
107. Засыпаете ли вы с трудом, сильно устав от умственной работы?
108. В состоянии ли вы спокойно долго ждать (например, очереди)?
109. Воздерживаетесь ли вы от вмешательства, если заранее известно, что оно ни к чему не приведет?
110. В состоянии ли вы спокойно аргументировать во время резкого разговора?
111. В состоянии ли вы мгновенно реагировать в неожиданном положении?
112. Ведете ли вы себя тихо, если вас об этом попросят?
113. Соглашаетесь ли вы без особых внутренних колебаний на болезненные врачебные процедуры?
114. Умеете ли вы интенсивно работать?
115. Охотно ли вы меняете места отдыха, развлечения?
116. Трудно ли вам привыкнуть к новому распорядку дня?
117. Спешите ли вы на помощь в несчастных случаях?
118. Воздерживаетесь ли вы от выкриков, жестов на спортивных матчах, в цирке?
119. Любите ли вы работу, занятия, требующие частых разговоров с разными людьми?
120. Владеете ли вы своей мимикой (гримасы, иронические усмешки и т. п.)?
121. Любите ли вы работу, требующую четких, энергичных действий?
122. Считаете ли вы себя смелым?
123. Прерывается ли у вас голос (вам трудно говорить) в необычной ситуации?
124. Умеете ли вы преодолевать уныние, вызванное неудачей?
125. Если вас об этом просят, в состоянии ли вы долгое время стоять (сидеть) спокойно?
126. В состоянии ли вы подавить свое веселье, если это может кого-нибудь задеть?
127. Легко ли вы переходите от печали к радости?
128. Легко ли вас вывести из себя?
129. Соблюдаете ли вы без особого труда обязательные в вашей среде правила поведения?
130. Любите ли вы выступать публично?
131. Приступаете ли вы к работе обычно быстро, без длительной подготовки?
132. Готовы ли вы прийти на помощь другому, рискуя жизнью?
133. Энергичны ли ваши движения?
134. Охотно ли вы выполняете общественную работу?

Обработка и интерпретация данных. Подсчитываются баллы на основании совпадения или несовпадения ответов с нижеприведенными кодами. Совпадение оценивается в 2 балла, несовпадение — в 0 баллов, ответ «не знаю» — в 1 балл.

Оцениваются:

Силаповозбуждению:

«+» _ з, 4, 7, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 24, 32, 37, 39,45,46, 56, 58, 60, 61, 66, 72, 73,78,81,82,83,94,97,98, 102, 105, 106, 113, 114, 117, 121, 122, 124, 130, 132, 133, 134.

«_» _ 47, 51, 107, 123.

Силапоторможению:

«+» - 2, 5, 8, 10, 12, 16, 27, 30, 35, 38, 42, 48, 50, 52, 53, 59, 62, 65, 67, 69, 70, 75, 77, 84, 87, 89, 90, 96, 99, 103, 108, 109, 110, 112, 118, 120, 125, 126, 129.

«-»- 18,34,36, 128.

Подвижность:

«+» -1,6,9,11,14, 20, 22, 26, 28, 29, 31, 33,40, 41, 43,44, 49, 54, 55, 64, 68, 71,74,76,79,80,85,86,88,91,92,93,85, 100, 101, 104, 111, 115, 119, 127, 131.

«_» _ 25, 57, 63, 116.

42 балла по данному свойству — большая концентрация.

Уравновешенность по силе: Р = сила по возбуждению / сила по торможению.

Чем ближе к единице, тем выше уравновешенность.

Меньше 1 — неуравновешенность в сторону возбуждения,

больше 1 — неуравновешенность в сторону торможения.

САНГВИНИК— СУП (сильный уравновешенный подвижный), ХОЛЕРИК— СНП (сильный неуравновешенный подвижный), ФЛЕГМАТИК — СУИ (сильный уравновешенный инертный), МЕЛАНХОЛИК — Сл (слабый).

Тест для оценки экстраверсии — интроверсии и нейротизма (Г. Айзенк)

Предназначен для определения таких индивидуально-психологических особенностей, как экстраверсия, интроверсия, нейротизм.

Инструкция: испытуемый должен отметить знаком «+» те те вопросы, на которые он отвечает «да», знаком «—» — те, на которые отвечает «нет».

Вариант для взрослых

1. Часто ли вы испытываете тягу к новым впечатлениям, к тому, чтобы «встряхнуться», испытать возбуждение?
2. Часто ли вы нуждаетесь в друзьях, которые вас понимают, могут ободрить или утешить?
3. Вы человек беспечный?
4. Не находите ли вы, что вам очень трудно отвечать «нет»?
5. Задумываетесь ли вы перед тем, как что-либо предпринять?

6. Если вы обещаете что-то сделать, всегда ли вы сдерживаете свои обещения (независимо от того, удобно это вам или нет)?
7. Часто ли у вас бывают спады и подъемы настроения?
8. Обычно вы поступаете и говорите быстро, не раздумывая?
9. Часто ли вы чувствуете себя несчастным человеком без достаточных на то причин?
10. Сделали бы вы почти все что угодно на спор?
11. Возникает ли у вас чувство робости и смущения, когда вы хотите завести разговор с симпатичным незнакомцем?
12. Выходите ли вы иногда из себя, злитесь ли?
13. Часто ли вы действуете под влиянием минутного настроения?
14. Часто ли вы беспокоитесь из-за того, что сделали или сказали что-нибудь, чего не следовало бы делать или говорить?
15. Предпочитаете ли вы обычно книги встречам с людьми?
16. Легко ли вас обидеть?
17. Любите ли вы часто бывать в компании?
18. Бывают ли у вас мысли, которые вы хотели бы скрыть от других?
19. Верно ли, что вы иногда полны энергии, так что все горит у вас в руках, а иногда совсем вялы?
20. Предпочитаете ли вы иметь поменьше друзей, но зато особенно близких вам?
21. Часто ли вы мечтаете?
22. Когда на вас кричат, вы отвечаете тем же?
23. Часто ли вас беспокоит чувство вины?
24. Все ли ваши привычки хороши и желательны?
25. Способны ли вы дать волю своим чувствам и вовсю повеселиться в компании?
26. Считаете ли вы себя человеком возбудимым и чувствительным?
27. Считаете ли вы себя человеком живым и веселым?
28. Часто ли, сделав какое-нибудь важное дело, вы испытываете чувство, что могли бы сделать его лучше?
29. Вы больше молчите, когда находитесь в обществе других людей?
30. Вы иногда сплетничаете?
31. Бываетли, что вам не спится из-за того, что разные мысли лезут в голову?
32. Если вы хотите узнать о чем-нибудь, то вы предпочитаете прочесть книгу об этом, нежели спросить?
33. Бывают ли у вас сердцебиения?
34. Нравится ли вам работа, которая требует от вас постоянного внимания?
35. Бывают ли у вас приступы дрожи?
36. Всегда ли вы платите за провоз багажа в транспорте?
37. Вам приятно находиться в обществе, где подшучивают друг над другом?
38. Раздражительны ли вы?
39. Нравится ли вам работа, которая требует быстроты действий?
40. Волнуетесь ли вы по поводу каких-то неприятных событий, которые могли бы произойти?

41. Вы ходите медленно и неторопливо?
42. Вы когда-нибудь опаздывали на свидания или на работу?
43. Часто ли вам снятся кошмары?
44. Верно ли, что вы так любите поговорить, что никогда не упускаете возможности поговорить с незнакомым человеком?
45. Беспокоят ли вас какие-нибудь боли?
46. Вы бы чувствовали себя несчастным, если бы длительное время были лишены широкого общения с людьми?
47. Можете ли вы назвать себя нервным человеком?
48. Есть ли среди ваших знакомых люди, которые вам не нравятся?
49. Можете ли вы сказать, что вы весьма уверенный в себе человек?
50. Легко ли вы обижаетесь, когда люди указывают на ваши ошибки в работе или на ваши личные промахи?
51. Вы считаете, что трудно получить настоящее удовольствие от вечеринки?
52. Беспокоит ли вас чувство, что вы чем-то хуже других?
53. Легко ли вам внести оживление в довольно скучную компанию?
54. Бывает ли, что вы говорите о вещах, в которых не разбираетесь?
55. Беспокоитесь ли вы о своем здоровье?
56. Любите ли вы подшучивать над другими?
57. Страдаете ли вы от бессонницы?

Вариант для подростков

1. Любишь ли ты шум и суету вокруг себя?
2. Часто ли ты нуждаешься в друзьях, которые могли бы тебя поддержать?
3. Ты всегда находишь быстрый ответ, когда тебя о чем-нибудь просят?
4. Бывает ли так, что ты раздражен чем-нибудь?
5. Часто ли у тебя меняется настроение?
6. Верно ли, что тебе легче и приятнее с книгами, чем с ребятами?
7. Часто ли тебе мешают уснуть разные мысли?
8. Ты всегда делаешь так, как тебе говорят?
9. Любишь ли ты подшучивать над кем-нибудь?
10. Ты когда-нибудь чувствовал себя несчастным, хотя для этого не было настоящей причины?
11. Можешь ли ты сказать о себе, что ты веселый и живой человек?
12. Ты когда-нибудь нарушал правила поведения в школе?
13. Верно ли, что ты часто раздражен чем-нибудь?
14. Нравится ли тебе все делать в быстром темпе (если же, наоборот, ты склонен к неторопливости, ответь «нет»)?
15. Ты переживаешь из-за всяких страшных событий, которые чуть было не произошли, хотя все кончилось хорошо?
16. Тебе можно доверить любую тайну?
17. Можешь ли ты без особого труда внести оживление в скучную компанию сверстников?

18. Бывает ли так, что у тебя без всякой причины (физические нагрузки) сильно бьется сердце?
19. Делаешь ли ты обычно первый шаг, чтобы подружиться с кем-нибудь?
20. Ты когда-нибудь говорил неправду?
21. Ты легко расстраиваешься, когда критикуют тебя и твою работу?
22. Ты часто шутишь и рассказываешь смешные истории твоим друзьям?
23. Ты часто чувствуешь себя усталым?
24. Ты всегда сначала делаешь уроки, а все остальное потом?
25. Ты обычно весел и всем доволен?
26. Обидчив ли ты?
27. Ты очень любишь общаться с другими ребятами?
28. Всегда ли ты выполняешь просьбы родных о помощи по хозяйству?
29. У тебя бывают головокружения?
30. Бывает ли так, что твои действия и поступки ставят других людей в неловкое положение?
31. Ты часто чувствуешь, что тебе что-нибудь надоело?
32. Любишь ли ты иногда похвастаться?
33. Ты чаще всего сидишь и молчишь, когда попадаешь в общество незнакомых людей?
34. Волнуешься ли ты иногда так, что не можешь усидеть на месте?
35. Ты обычно быстро принимаешь решения?
36. Ты никогда не шумишь в классе, даже когда нет учителя?
37. Тебе часто снятся страшные сны?
38. Можешь ли ты дать волю чувствам и повеселиться в обществе друзей?
39. Тебя легко огорчить?
40. Случалось ли тебе плохо говорить о ком-нибудь?
41. Верно ли, что ты обычно говоришь и действуешь быстро, не задерживаясь особенно для обдумывания?
42. Если ты оказываешься в глупом положении, то потом долго переживаешь?
43. Тебе очень нравятся шумные и веселые игры?
44. Ты всегда ешь то, что тебе подают?
45. Тебе трудно ответить «нет», когда тебя о чем-нибудь просят?
46. Ты любишь часто ходить в гости?
47. Бывают ли такие моменты, когда тебе не хочется жить?
48. Был ли ты когда-нибудь груб с родителями?
49. Считают ли тебя ребята веселым и живым человеком?
50. Ты часто отвлекаешься, когда делаешь уроки?
51. Ты чаще сидишь и смотришь, чем принимаешь активное участие в общем веселье?
52. Тебе обычно бывает трудно уснуть из-за разных мыслей?
53. Бываешь ли ты совершенно уверен, что сможешь справиться с делом, которое должен выполнить?
54. Бывает ли, что ты чувствуешь себя одиноким?
55. Ты стесняешься заговорить первым с новыми людьми?

56. Ты часто спохватываешься, когда уже поздно что-либо исправить?
57. Когда кто-нибудь из ребят кричит на тебя, ты тоже кричишь в ответ?
58. Бывает ли так, что ты иногда чувствуешь себя веселым или печальным без всякой причины?
59. Ты считаешь, что трудно получить настоящее удовольствие от оживленной компании сверстников?
60. Тебе часто приходится волноваться из-за того, что ты сделал что-нибудь не подумав?

Обработка и интерпретация данных. Подсчитываются совпадения (как плюсов, так и минусов) с нижеприведенными кодами. За совпадение — 1 балл, за несовпадение — 0 баллов.

Оцениваются:
Экстраверсия—интроверсия:
(вариант для взрослых)
«+» - 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 29, 39, 44, 46, 49, 53, 56.
«_»_5, 15,20,32,34,37,41,51.

(вариант для подростков)
^<+» - 1, 3, 9, 11, 14, 17, 19, 22, 25, 27, 30, 35, 38, 41, 43, 46, 49, 53, 57.
«_» _ 6, 33, 51, 55, 59.

Нейротизм:
(вариант для взрослых)
«+» _ 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19,21,23,26,28,31,33,35,38,40,43,45,47,50, 52, 55, 57.

(вариант для подростков)
«+» - 2, 5, 7, 10, 13, 15, 18, 21, 23, 26, 29, 31, 34, 37, 39, 42, 45, 47, 50, 52, 54, 56, 58, 60.

Показатель экстра-интроверсии больше 12 баллов указывает на экстраверсию, меньше 12 — на интраверсию, 12 — на амбиверсию. Уровень нейротизма: 12 баллов — эмоциональная стабильность, выше 12 — усиление свойств нейротизма.

Характерологический опросник (К. Леонгард)

Предназначен для определения акцентуаций характера.

Инструкция. Испытуемый должен отметить знаком «+» те вопросы и утверждения, с которыми согласен, знаком «—» — те, на которые отвечает «нет».

1. У вас чаше веселое и беззаботное настроение.
2. Вы чувствительны к оскорблениям.

3. Бывает ли так, что вам на глаза навертываются слезы в кино, театре, во время беседы и т. д.?
4. Сделав что-то, вы сомневаетесь, все ли сделано правильно, и не успокаиваетесь, пока не убедитесь в том, что все сделано правильно.
5. В детстве вы были таким же смелым, как все ваши сверстники.
6. Часто ли у вас резко меняется настроение от состояния безграничного ликования до отвращения к жизни, к себе?
7. Являетесь ли вы обычно центром внимания в обществе, компании?
8. Бывает ли так, что вы беспричинно находитесь в таком ворчливом настроении, что с вами лучше не разговаривать?
9. Вы серьезный человек.
10. Способны ли вы восторгаться, восхищаться чем-нибудь?
11. Предприимчивы ли вы?
12. Вы быстро забываете, если вас кто-либо обидит?
13. Мягкосердечны ли вы?
14. Опуская письмо в почтовый ящик, проверяете ли вы, проводя рукой по щели ящика, что письмо полностью упало в него?
15. Стремитесь ли вы всегда считаться в числе лучших работников?
16. Бывало ли вам страшно в детстве во время грозы или при встрече с незнакомой собакой (а может быть, такое чувство бывает и теперь, в зрелом возрасте)?
17. Стремитесь ли вы во всем и всюду соблюдать порядок?
18. Зависит ли ваше настроение от внешних обстоятельств?
19. Любят ли вас ваши знакомые?
20. Часто ли у вас бывает чувство внутреннего беспокойства, ощущение возможной беды, неприятности?
21. У вас часто несколько подавленное настроение.
22. Бывали ли у вас хотя бы раз истерика или нервный срыв?
23. Трудно ли вам долго усидеть на одном месте?
24. Если по отношению к вам несправедливо поступили, энергично ли вы отстаиваете свои интересы?
25. Можете ли вы зарезать курицу или овцу?
26. Раздражает ли вас, если дома занавески висят неровно, стараетесь ли вы сразу же их поправить?
27. Вы в детстве боялись оставаться один/одна в доме?
28. Часто ли у вас бывают колебания настроения без причины?
29. Всегда ли вы стремитесь быть достаточно сильным работником в своей профессии?
30. Быстро ли вы начинаете сердиться и впадать в гнев?
31. Можете ли вы быть абсолютно беззаботно веселым?
32. Бывает ли так, что ощущение полного счастья буквально пронизывает вас?
33. Как вы думаете, получился бы из вас ведущий в юмористическом спектакле?
34. Вы обычно высказываете свое мнение людям достаточно откровенно, прямо и недвусмысленно.

35. Вам трудно переносить вид крови.
36. Любите ли вы работу с высокой личной ответственностью?
37. Склонны ли вы выступать в защиту лиц, по отношению к которым несправедливо поступают?
38. В темный подвал вам страшно спускаться.
39. Предпочитаете ли вы такую работу, где действовать надо быстро, но требования к качеству выполнения невысоки?
40. Общительны ли вы?
41. В школе вы охотно декламировали стихи.
42. Убегали ли вы в детстве из дома?
43. Кажется ли вам жизнь трудной?
44. Бывает ли так, что после конфликта, обиды вы были до того расстроены, что идти на работу казалось просто невыносимым?
45. Можно ли сказать, что при неудаче вы не теряете чувство юмора?
46. Предприняли бы вы первые шаги к примирению, если бы вас кто-либо обидел?
47. Вы очень любите животных?
48. Возвращаетесь ли вы, чтобы убедиться, что оставили дом или рабочее место в таком состоянии, чтобы там ничего не случилось?
49. Преследует ли вас иногда неясная мысль, что с вами и вашими близкими может случиться что-то страшное?
50. Считаете ли вы, что ваше настроение очень изменчиво?
51. Трудно ли вам докладывать (выступать на сцене) перед большим количеством людей?
52. Вы можете ударить обидчика?
53. У вас очень велика потребность в общении с другими людьми.
54. Вы относитесь к тем, кто при каких-либо разочарованиях впадает в отчаяние.
55. Вам нравится работа, требующая энергичной организаторской деятельности.
56. Настойчиво ли вы добиваетесь намеченной цели, если на пути к ней приходится преодолевать массу препятствий?
57. Может ли трагический фильм взволновать вас так, что на глазах выступят слезы?
58. Часто ли вам бывает трудно уснуть из-за того, что проблемы прожитого дня или будущего все время крутятся в ваших мыслях?
59. В школе вы иногда подсказывали своим товарищам или давали списывать.
60. Потребуется ли вам большое усилие воли, чтобы пройти одному через кладбище?
61. Тщательно ли вы следите за тем, чтобы каждая вещь в вашей квартире была всегда на одном и том же месте?
62. Бывает ли так, что, будучи перед сном в хорошем настроении, вы на следующий день встаете в подавленном, длящемся несколько часов?
63. Легко ли вы привыкаете к новым ситуациям?
64. Бывают ли у вас головные боли?

65. Вы часто смеетесь?
66. Можете ли вы быть приветливыми даже с тем, кого явно не цените, не любите, не уважаете?
67. Вы подвижный человек?
68. Вы очень переживаете из-за несправедливости.
69. Вы настолько любите природу, что можете назвать ее другом.
70. Уходя из дома или ложась спать, проверяете ли вы, закрыт ли газ, погашен ли свет, заперты ли двери?
71. Вы очень боязливы.
72. Изменяется ли ваше настроение при приеме алкоголя?
73. В вашей молодости вы охотно участвовали в кружке художественной самодеятельности.
74. Вы расцениваете жизнь несколько пессимистически, без ожидания радости.
75. Часто ли вас тянет путешествовать?
76. Может ли ваше настроение измениться так резко, что радость вдруг сменяется угрюмостью и подавленностью?
77. Легко ли вам удается поднять настроение друзей в компании?
78. Долго ли вы переживаете обиду?
79. Переживаете ли вы в течение долгого времени горести других людей?
80. Часто ли, будучи школьником, вы переписывали страницу в тетради, если случайно ставили в ней кляксу?
81. Относитесь ли вы к людям скорее с недоверием и осторожностью, чем с доверчивостью?
82. Часто ли вы видите страшные сны?
83. Бывает ли, что вы остерегаетесь того, что броситесь под колеса проходящего мимо поезда, или, стоя у окна многоэтажного дома, что можете внезапно выпасть из окна?
84. В веселой компании вы обычно веселы.
85. Способны ли вы отвлечься от трудных проблем, требующих решения?
86. Вы становитесь менее сдержанным и чувствуете себя более свободно, приняв алкоголь.
87. В беседе вы скудны на слова.
88. Если бы вам необходимо было играть на сцене, вы смогли бы войти в роль настолько, чтобы позабыть, что это только игра.

Обработка и интерпретация данных. Подсчитываются плюсы (положительный ответ на вопросы) и умножаются на коэффициент — при каждом виде акцентуации свой.

Оцениваются следующие типы акцентуации характера:

1. Гипертимные х 3

«+» - 1, 11,23,33,45,55,67,77.

2. Возбудимые х 2

«+» - 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81.

«-» - 12, 46, 59.

3. Эмотивные х 3
«+»-3, 13,35,47,57,69,79.
«_» _ 25.

4. Педантичные х 2
«+» _ 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83.
«–» — 36.

5. Тревожные х 3
«+»- 16,27, 38,49,60,71,82.
«–» — 5.

6. Циклотимные х 3
«+» — 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84.

7. Демонстративные х 2
«+» _ 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88.
«-» —51.

8. Неуравновешенные х 3
«+» - 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86.

9. Дистимные х 3
«+» _ 9, 21, 43, 75, 87.
«_» — 31, 53, 65.

10. Экзальтированные х 6
«+» — 10, 32, 54, 76.

Акцентуация характера по каждому типу диагностируется в случае превышения 12-балльного уровня.

Висбаденский опросник (Н. Пезешкиан)

Предназначен для оценки характерологических и личностных особенностей и оценки способов переработки конфликтов.

Инструкция. Испытуемому предлагается ответить на представленные утверждения по 4-балльной системе и отметить (зачеркнуть) на бланке: 4 балла (крайнее правое положение) — «почти всегда», 3 балла — «часто», 2 балла — «редко», 1 балл — «никогда».

Опросник см. на след. стр.

Обработка осуществляется по каждому качеству отдельно путем суммирования полученных баллов на вопросы, относящиеся к данному качеству, с последующим занесением данных в бланк (приведен на с. 407).

№	Утверждение	Никогда	Редко	Часто	Почти всегда
1.	Я прочитал инструкцию и готов честно оценить каждое высказывание				
2.	Я всегда так планирую свое время, что мне никогда не приходится превращать день в ночь				
3.	По форме общения человека можно судить, чего он стоит				
4.	Мои знакомые считают меня надежным человеком				
5.	Ребенок, который даже при спокойном обращении к нему не делает того, о чем его просят, нуждается в родительской строгости				
6.	Я часто бываю расслабленным, вялым или изможденным				
7.	Моя мать была для меня примером				
8.	Терпение и выдержка являются для меня показателями внутренней силы				
9.	Единство человечества — важная цель для меня				
10.	Когда все дела идут вкривь и вкось, можно сойти с ума				
11.	Я хотел бы быть нежным со многими людьми, а не только с одним				
12.	Мое мировоззрение (религию, убеждения) я сохраняю, несмотря ни на какие внешние влияния				
13.	Мои родители (отец и/или мать) молились вместе со мной				
14.	При покупке я обычно обращаю внимание на цену				
15.	Мне часто кажется, что со мной обошлись несправедливо				
16.	Частые рукопожатия опасны, потому что с ними могут передаваться бактерии				
17.	На меня можно полностью положиться				
18.	Сначала работа, а затем уже удовольствия!				
19.	Личные контакты на работе, несмотря на занятость, для меня очень важны				
20.	Мой отец был очень терпелив со мной				
21.	Иногда я проглатываю обиду и не подаю виду, хотя потом очень злюсь на себя за это				

№	Утверждение	Никогда	Редко	Часто	Почти всегда
22.	Большинство людей, с которыми я общаюсь, искренни				
23.	Мне больше по душе прочные отношения с одним человеком, чем много кратковременных, сменяющихся контактов				
24.	Когда у меня появляются проблемы, я всегда нахожу хорошее решение				
25.	Я часто отвлекаюсь тем, что с головой ухожу в работу				
26.	Прежде чем я что-то сделаю (на работе или в семье), я всегда внимательно планирую				
27.	Мои родители умели улаживать возникающие между ними разногласия				
28.	Мои родители (отец и/или мать) бывали дружелюбны с незнакомыми людьми				
29.	У меня широкий круг знакомых				
30.	Я не спешу, принимая важные решения, чтобы дать себе возможность все обдумать				
31.	На работе и дома я «пашу, как вол»				
32.	Я действую по принципу «Время — деньги»				
33.	Я стараюсь внутренне принимать и тех людей, которые имеют иные взгляды и установки, чем я				
34.	Моих родителей беспокоил вопрос о смысле жизни				
35.	Когда кто-то не приходит к назначенному времени, я выхожу из себя				
36.	Я могу открыто выразить свои потребности и интересы				
37.	Моя мать была очень терпелива со мной				
38.	Несправедливость по отношению ко мне всегда доводит меня до болезни (появляются боли в животе, головные боли и др.)				
39.	Даже в самых трудных ситуациях я обычно сохраняю спокойствие				
40.	Ласки и физические контакты я нахожу очень приятными				

№	Утверждение	Никогда	Редко	Часто	Почти всегда
41.	Верность (в дружбе и любви) для меня являются абсолютной ценностью				
42.	Мои родители участвовали в деятельности общественных организаций				
43.	Даже если все настроены против меня, я не сдаюсь				
44.	При появлении профессиональных проблем я обращаюсь к коллегам, вместо того чтобы примириться с неудачей				
45.	Мои родители хорошо ладили друг с другом				
46.	Мой организм очень чутко реагирует, когда я не могу найти решение проблемы				
47.	Я только тогда хорошо себя чувствую, когда я полностью погружаюсь в работу				
48.	Меня раздражает, когда в квартире беспорядок				
49.	Я вижу смысл в своей жизни, даже если у меня есть трудности				
50.	Я не могу представить себе человеческое общество без пунктуальности				
51.	Мне нравятся люди, которые открыто говорят, что они думают, даже если у меня другое мнение				
52.	Я всегда открыто высказываю свое мнение, даже если это опасно				
53.	Когда я был ребенком, мои родители беседовали со мной на религиозные и мировоззренческие темы				
54.	Без взаимного доверия я не могу жить или работать с другими людьми				
55.	Если я однажды что-то пообещал, значит, обязательно сдержу слово				
56.	Мне важно знать, существуетли жизнь после смерти				
57.	Со всеми людьми нужно обращаться одинаково, иначе воцарится несправедливость				
58.	По чистоте в квартире можно судить о чистоте характера				

№	Утверждение	Никогда	Редко	Часто	Почти всегда
59.	Когда у меня есть трудности на работе, я обращаюсь к коллегам и/или к начальству				
60.	Мой отец был для меня примером, когда я был маленьким				
61.	Я охотно провожу время вне дома (в ресторане, кино, театре, кафе, на танцах и т. д.), потому что мне нравится знакомиться с новыми людьми				
62.	К моим родителям часто приходили друзья или их самих приглашали в гости				
63.	Я трудолюбивый, старательный человек				
64.	Я надеюсь достичь в своей жизни еще больших успехов				
65.	Я очень вежлив, чтобы быть признанным другими				
66.	Сексуальная любовь — это лучшее, что есть на Земле				
67.	У моей мамы всегда находилось для меня много времени				
68.	Я длительно ищу контактов, чтобы не быть в одиночестве				
69.	Я экономлю даже тогда, когда в этом нет необходимости				
70.	Когда я знакомлюсь с людьми, я сначала бросаю им «пробный шар» доверия				
71.	Когда меня критикуют, у меня появляются боли в желудке (желчном пузыре и т. д.) или бывают судороги				
72.	У моего отца находилось для меня много времени				
73.	То, что каждый из нас подразумевает под чувствами, всего лишь маленькая часть действительности				
74.	При возникновении проблем вся моя энергия направлена на поиск решения и я всегда нахожу выход				
75.	Я считаю, что мои решения (на работе и/или в личной жизни) должны выполняться без долгих разговоров				
76.	Что думают другие люди о моем мнении, мне безразлично				

№	Утверждение	Никогда	Редко	Часто	Почти всегда
77.	Работа — это содержание моей жизни				
78.	Гости для меня вовсе не безразличны, я всегда нахожу для них время				
79.	Я злюсь на себя, если все находится в беспорядке (посуда, пустые бутылки, невыброшенный мусор)				
80.	В сложных ситуациях мои родители могли открыто говорить между собой				
81.	Мне очень неудобно, когда приходят гости, а квартира не сверкает чистотой				
82.	Есть люди, которые мне нравятся, несмотря на то что у них другие убеждения				
83.	Я очень нервничаю (беспокоюсь, злюсь...), если кто-то заставляет меня ждать				
84.	Я убежден, что в моей жизни можно достичь еще большего				
85.	Когда проблему нельзя преодолеть тотчас же, я могу подождать, пока не появится другая возможность				

1. Аккуратность: 10, 48, 79.
2. Чистоплотность: 16, 58, 81.
3. Пунктуальность: 35, 50, 83.
4. Вежливость: 3, 21, 65.
5. Честность/прямота: 36, 52, 76.
6. Усердие/деятельность: 18, 31, 63.
7. Обязательность, точность, совестливость: 4, 17, 55.
8. Бережливость: 14, 32, 68.
9. Послушание: 5, 26, 75.
10. Справедливость: 15, 38, 57.
11. Верность: 12,23,41.
12. Терпение: 8, 39, 85.
13. Время: 2, 30, 78.
14. Контакты: 19, 29, 61.
15. Доверие: 22, 54, 70.
16. Надежда: 43, 64, 84.
17. Сексуальность/нежность: 11, 40, 66.
18. Любовь: 33, 51,82.
19. Вера, религия, церковь: 9, 56, 73.
20. Тело/ощущения: 6, 46, 71.
21. Деятельность: 25, 47, 77.
22. Контакты: 44, 59, 68.

23. Фантазии/будущее: 24, 49, 74.
24. Я: 24а (мать)-7, 37,67.
 246 (отец) — 20, 60, 72.
25. ТЫ:27,45, 80.
26. МЫ: 28, 42, 62.
27. ПРА-МЫ: 13,34,53.

Балл			3 4 5	6 7 8	9 10 11	12	
	Аккуратность	Небрежный					Педантичный
	Чистоплотность	Неряшливый					Опрятный
	Пунктуальность	Непунктуальный					Сверхпунктуальный
	Вежливость	Бесцеремонный					Учтивый
	Честность	Скрытный					Искренний
	Усердие	Ленивый					Сверхстарательный
	Обязательность	Необязательный					Обязательный
	Бережливость	Расточительный					Скупой
	Послушание	Послушный					Самостоятельный
	Справедливость	Несправедливый					Справедливый
	Верность	Неверный					Верный
	Терпение	Нетерпеливый					Терпеливый
	Время	Успевающий					Неуспевающий
	Контакты	Замкнутый					Общительный
	Доверие	Подозрительный					Доверчивый
	Надежда	Отчаявшийся					Надеющийся
	Нежность/секс	Отвергающий					Зависящий
	Любовь	Требовательный					Балующий
	Вера/религия	Безразличный					Верующий
	Тело/ощущения	Здоровье					Психосоматические нарушения
	Деятельность	Дезорганизация					«Бегство» в работу
	Контакты	Замкнутость					«Бегство» в общение
	Фантазии	Отсутствие					«Бегство» в мечты
	Я/мать	Отвержение					Принятие
	Я/отец	Отвержение					Принятие
	ТЫ	Отчужденность					Единство
	МЫ	Замкнутость					Общительность
	ПРА-МЫ	Безразличие					Фанатизм

Интерпретация. Оценивается выраженность характерологических и личностных качеств (12 — максимальная, 3 — минимальная), а также при проведении семейного или партнерского обследования — степень совпадения идеальных и реальных качеств в отношении себя и партнера.

Методика «Ценностные ориентации» (М. Рокич)

Применяется для оценки ценностных ориентации.

Инструкция. Испытуемому предлагается выбрать и разложить по мере убывания значимости сначала терминальные ценности (из списка А), затем инструментальные (из списка Б).

СписокА(терминальныеценности):

П активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни)
О жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемые жизненным опытом)
О здоровье (физическое и психическое)
О интересная работа
• красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и в искусстве)
• любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком)
О материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений)
П наличие хороших и верных друзей
• общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе)
D познание (возможность расширения своего образования, кругозора, обшей культуры, интеллектуальное развитие)
О продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей)
О развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование)
D развлечения (приятное, необременительное времяпрепровождение, отсутствие обязанностей)
О свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках)
О счастливая семейная жизнь
• счастье других (благосостояние, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом)
О творчество (возможность творческой деятельности)
О уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений)

Список Б (инструментальные ценности):

П аккуратность (чистоплотность, умение содержать в порядке вещи и дела)
• воспитанность (хорошие манеры)
О высокие запросы (требования и притязания)
• жизнерадостность (чувство юмора)
П исполнительность (дисциплинированность)
• независимость (способность действовать самостоятельно, решительно)
П непримиримость к своим недостаткам и недостаткам других
• образованность (широта знаний, высокая общая культура)
• ответственность (чувство долга, умение держать слово)
О рационализм (умение здраво и логично мыслить, принимать обдуманные, рациональные решения)
• самоконтроль (сдержанность, самодисциплина)
• смелость в отстаивании своего мнения, своих взглядов
• твердая воля (умение настоять на своем, не отступать перед трудностями)
• терпимость (к взглядам и мнениям других, умение прощать другим их ошибки и заблуждения)
• широта взглядов (умение понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки)
П честность (правдивость, искренность)
• эффективность в делах (трудолюбие, продуктивность в работе)
• чуткость (заботливость)

Обработка. На основании выбора выстраивается иерархическая лестница испытуемого.

Сокращенный многопрофильный опросник личности СМОЛ

Применяется для построения профиля личности (является сокращенным вариантом теста **MMPI).**

Инструкция. Испытуемому предлагается ответить «верно» или «неверно» на приведенные утверждения.

1. У меня хороший аппетит.
2. По утрам я обычно встаю свежим и отдохнувшим.
3. Моя повседневная жизнь полна событий, интересующих меня.
4. Работа дается мне ценой значительного напряжения.
5. Временами мне в голову приходят такие мысли, что лучше о них не рассказывать.
6. У меня редко бывают запоры.
7. Временами мне очень хотелось покинуть дом.
8. Временами у меня бывают приступы смеха и плача, которые я не могу контролировать.

9. Меня беспокоят приступы тошноты и рвоты.
10. Мне кажется, нет такого человека, который понимал бы меня.
11. Иногда мне хочется выругаться.
12. Кошмарные сны снятся мне почти каждую ночь.
13. Я замечаю, что мне стало трудно сосредоточиться на определенной задаче или работе.
14. У меня бывают очень странные, необычные переживания.
15. Если бы люди не интриговали против меня, я бы добился гораздо большего.
16. В юности было время, когда я совершал мелкие кражи.
17. У меня бывали такие периоды, тянувшиеся дни, недели или даже месяцы, когда я не мог ни за что взяться, т. к. не мог включиться в работу.
18. У меня прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда я нахожусь среди людей, я слышу очень странные вещи.
20. Большинство знающих меня людей относятся ко мне хорошо.
21. Мне часто приходилось выполнять указания людей, знающих меньше меня.
22. Другие мне кажутся счастливее меня.
23. Думаю, что многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия или помощи.
24. Бывает, что я сержусь.
25. Мне безусловно не хватает уверенности в себе.
26. У меня очень редко бывают мышечные судороги или подергивания (или не бывают совсем).
27. Большую часть времени у меня такое чувство, как будто я сделал что-то плохое или злое.
28. Большую часть времени я чувствую себя счастливым, довольным жизнью.
29. Некоторые люди так любят командовать, что мне хочется все сделать наоборот, даже если я знаю, что они правы.
30. Я знаю, что есть люди, настроенные против меня.
31. Я считаю, что большинство людей ради выгоды готовы скорее поступить нечестно, чем упустить случай.
32. Меня очень беспокоит желудок.
33. Часто я не могу понять, почему был таким упрямым и ворчливым.
34. Временами мои мысли текут быстрее, чем я успеваю их высказать.
35. Я считаю, что в моем доме жизнь идет не хуже, чем у большинства моих знакомых.
36. Временами я бываю уверен в собственной бесполезности.
37. Последние несколько лет мое самочувствие большую часть времени хорошее.
38. Иногда у меня бывают такие состояния, когда я не осознаю, что делаю.
39. Я считаю, что меня часто незаслуженно наказывали.
40. Я сейчас чувствую себя лучше, чем когда-либо в жизни.
41. Меня не беспокоит, что обо мне говорят другие.
42. С памятью у меня все благополучно.

43. Мне трудно поддержать разговор с людьми, с которыми я только что познакомился.
44. Большую часть времени я чувствую слабость.
45. У меня редко болит голова.
46. Мне не трудно сохранять равновесие при ходьбе.
47. Не все, кого я знаю, мне нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть мои мысли и идеи.
49. Я уверен, что моим проступкам нет прощения.
50. Я бы хотел быть не таким застенчивым.
51. Я часто замечаю за собой, что тревожусь о чем-то.
52. Мои родители часто не одобряли моих знакомств.
53. Иногда я могу посплетничать.
54. Временами я чувствую, что необыкновенно легко принимать решения.
55. Я почти никогда не замечал у себя приступов сердцебиения и одышки.
56. Я легко выхожу из себя, но быстро успокаиваюсь.
57. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, когда я не могу усидеть на одном месте.
58. Мои родители и другие члены моей семьи часто без всяких оснований ко мне придираются.
59. Никому нет дела до того, что с тобой случится.
60. Я не осуждаю человека за обман тех, кто позволяет себя обманывать.
61. Временами я бываю полон энергии.
62. За последнее время у меня ухудшилось зрение.
63. Часто у меня шумит и звенит в ушах.
64. **Кто-то** пытается воздействовать на мои мысли.
65. У меня бывают периоды беспричинной радости.
66. Большую часть времени я чувствую себя одиноким, доже находясь среди людей.
67. Думаю, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
68. Я более обидчив, чем большинство людей,
69. Я замечаю, что мне стало трудно сосредоточиться на определенной задаче или работе.
70. Люди часто разочаровывают меня.
71. Я злоупотребляю спиртными напитками.

Обработка: производится с использованием специальных трафаретов.

Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич)

Применяется для выявления и оценки невротических состояний.

Инструкция. Испытуемому предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов — «никогда не было», 4 балла — «редко», 3 балла — «иногда», 2 балла — «часто», 1 балл — «постоянно или всегда».

1. Ваш сон поверхностный и неспокойный?
2. Замечаете ли вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
3. После сна вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неотдохнувшим)?
4. У вас плохой аппетит?
5. У вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?
6. Вам трудно бывает заснуть, если вас что-либо тревожит?
7. Чувствуете ли вы себя подавленным и угнетенным?
8. Чувствуете ли вы у себя повышенную утомляемость, усталость?
9. Замечаете ли вы, что прежняя работа дается вам труднее и требует больших усилий?
10. Замечаете ли вы, что стали более рассеянным и невнимательным: забываете, куда положили какую-нибудь вещь, или не можете вспомнить, что только что собирались делать?
11. Вас беспокоят навязчивые воспоминания?
12. Бывает ли у вас ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет?
13. У вас возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т. д.)?
14. Вы не можете сдерживать слезы и плачете?
15. Замечаете ли вы, что потребность в интимной жизни для вас стала меньше или даже стала вас тяготить?
16. Вы стали более раздражительны и вспыльчивы?
17. Приходит ли вам мысль, что в вашей жизни мало радости и счастья?
18. Замечаете ли вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?
19. Проверяете ли вы многократно выполненные действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т. д.?
20. Беспокоят ли вас боли или неприятные ощущения в области сердца?
21. Когда вы расстраиваетесь, у вас бывает так плохо с сердцем, что вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «скорую помощь»?
22. Бывает ли у вас звон в ушах или рябь в глазах?
23. Бывают ли у вас приступы учащенного сердцебиения?
24. Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают вас?
25. Испытываете ли вы в пальцах рук и ног, или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?
26. У вас бывают периоды такого беспокойства, что вы даже не можете усидеть на месте?
27. Вы к концу работы так сильно устаете, что вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?
28. Ожидание вас тревожит и нервирует?
29. У вас кружится голова и темнеет в глазах, если вы резко встанете или наклонитесь?

30. При резком изменении погоды у вас ухудшается самочувствие?
31. Вы замечали, как у вас непроизвольно подергиваются голова и плечи или веки, скулы, особенно когда вы волнуетесь?
32. У вас бывают кошмарные сновидения?
33. Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?
34. Ощущаете ли вы комок в горле при волнении?
35. Бывает ли у вас чувство, что к вам относятся безразлично, никто не стремится вас понять и посочувствовать, и вы ощущаете себя одиноким?
36. Испытываете ли вы затруднения при глотании пищи, особенно если вы волнуетесь?
37. Вы обращали внимание на то, что руки или ноги у вас находятся в беспокойном движении?
38. Беспокоит ли вас, что вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодия, стихотворение, сомнения)?
39. Вы легко потеете при волнениях?
40. Бывает ли у вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?
41. Чувствуете ли вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?
42. У вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?
43. Вы плохо переносите транспорт (вас «укачивает» и вам становится дурно)?
44. Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?
45. Легко ли вы обижаетесь?
46. У вас бывают навязчивые сомнения в правильности ваших поступков или решений?
47. Не считаете ли вы, что ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?
48. Вам часто хочется побыть одному?
49. Вы замечаете, что ваши близкие относятся к вам равнодушно или даже неприязненно?
50. Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе?
51. Бывают ли у вас головные боли?
52. Замечаете ли вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?
53. Совершаете ли вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т. д.)?
54. Вы легко краснеете или бледнеете?
55. Покрывается ли ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнении?
56. Приходят ли вам на работе мысли, что с вами может неожиданно что-то случиться и вам не успеют оказать помощь?
57. Возникают ли у вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда вы расстраиваетесь?
58. Приходят ли вам мысли, что ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем вы?

59. Бывают ли у вас запоры или поносы?
60. Когда вы расстраиваетесь, у вас бывает отрыжка или тошнота?
61. Прежде чем принять решение, вы долго колеблетесь?
62. Легко ли меняется ваше настроение?
63. При расстройствах у вас появляется зуд кожи или сыпь?
64. После сильного расстройства вы теряли голос или у вас отнимались руки или ноги?
65. У вас повышенное слюноотделение?
66. Бывает ли, что вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?
67. Бывает ли, что вы испытываете сильное чувство голода, а едва начав есть, быстро насыщаетесь?
68. У вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты **вы** сами?

Обработка. Используются таблицы значений диагностических коэффициентов по шести шкалам:

Шкала тревоги

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	-1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,41	1,3
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0,4
37	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1

Шкала невротической депрессии

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0.83
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	-1,18	0	0,46
58	-1,2	-1,26	-0,37	0,21	0,42
68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

Шкала астении

Номервопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
3	-1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	-1,18	0	0,79	1,18
14	-1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	
27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

Шкала истерического типа реагирования

Номервопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
5	-1,41	-1,25	-0,5	0,4	1,53
21	-1,2	-1,48	-1,26	-0,18	0,67
31	-1,15	-1,15	-0,87	-0,1	0,74
34	-1,48	-1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	-1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	-1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	-1,38	-1,08	-0,64	-0,1	0,52
49	-1,08	-1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	-1,08	-0,38	0,23

Шкала обсессивно-фобических нарушений

Номервопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
11	-1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	-1,53	-1,38	-0,74	0,23	0,9
19	-1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	-1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	ОД	0,54	0,43
53	-0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	-1,2	-1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0.1
66	-1	-0,78	-1,15	-0,52	0,18

Шкала вегетативных нарушений

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	-1,56	-1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	-1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	-1,08	-1,5	-0,71	0.19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22
25	-1,15	-1,48	1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0,9
30	-1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	-1,11	-0,44	0	0,78	0,45
44	-1,51	-0,57	-0,26	0,32	0,63
51	-1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
59	-1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	-1,15	-1	-0,1	0,25
65	-1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

Интерпретация: суммируют диагностические коэффициенты по шести шкалам и выстраивают график. Показатель больше 1,28 указывает на уровень здоровья, меньше — 1,28 — на болезненный характер выявляемых расстройств.

Патохарактерологический диагностический опросник ПДО (А. Е. Личко)

Применяется для оценки выраженности девиантных и делинквентных форм поведения, а также акцентуаций характера подростков.

Инструкция. Испытуемому предлагается выбрать из каждого раздела не более 3 утверждений, которые отражают его мнение, либо ответ № 0 и занести номера выбранных ответов в бланк.

САМОЧУВСТВИЕ

1. У меня почти всегда плохое самочувствие.
2. Я всегда себя чувствую бодрым и полным сил.

3. Недели хорошего самочувствия чередуются у меня с неделями, когда я чувствую себя плохо.
4. Мое самочувствие часто меняется: иногда по нескольку раз в неделю.
5. У меня почти всегда что-нибудь болит.
6. Плохое самочувствие возникает у меня после огорчений и беспокойств.
7. Плохое самочувствие появляется у меня от волнений и ожидания неприятностей.
8. Я легко переношу боль и физические страдания.
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно.
10. У меня случаются приступы плохого самочувствия с раздражительностью и чувством тоски.
11. Мое самочувствие очень зависит от того, как относятся ко мне окружающие.
12. Я очень плохо переношу боль и физические страдания и очень их боюсь.
13. Ни одно из определений ко мне не подходит.

НАСТРОЕНИЕ

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее.
2. Мое настроение легко меняется от незначительных причин.
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в себе.
4. Мое настроение очень зависит от общества, в котором я нахожусь.
5. У меня почти всегда плохое настроение.
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия.
7. Мое настроение улучшается, когда меня оставляют одного.
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим.
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев.
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня.
11. Периоды очень хорошего настроения сменяются у меня периодами плохого настроения.
12. Мое настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей.
13. Ни одно из определений ко мне не подходит.

СОН И СНОВИДЕНИЯ

1. Я сплю хорошо, а сновидениям значения не придаю.
2. Сон у меня богат яркими сновидениями.
3. Перед тем, как уснуть, я люблю помечтать.
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем.
5. Я сплю мало, но встаю бодрым; сны вижу редко.
6. Сон у меня очень крепкий, но иногда бывают жуткие, кошмарные сновидения.
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения.

8. Бессонница у меня наступает периодически без особых причин.
9. Я не могу спокойно спать, если утром надо вставать в определенный час.
10. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть.
11. Я часто вижу разные сны: то радостные, то неприятные.
12. По ночам у меня бывают приступы страха.
13. Мне часто снится, что меня обижают.
14. Я могу свободно регулировать свой сон.
15. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ПРОБУЖДЕНИЕ ОТО СНА

1. Мне трудно проснуться в назначенный час.
2. Просыпаюсь с неприятной мыслью, что надо идти на работу или на учебу.
3. В одни дни я встаю веселым и жизнерадостным, в другие — без всякой причины с утра угнетен и уныл.
4. Я легко просыпаюсь, когда мне нужно.
5. Утро для меня — самое тяжелое время суток.
6. Часто мне не хочется просыпаться.
7. Проснувшись, я нередко еще долго переживаю то, что видел во сне.
8. Периодами я утром чувствую себя бодрым, периодами ~ разбитым.
9. Утром я встаю бодрым и энергичным.
10. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером.
11. Нередко бывало, что, проснувшись, я не мог сразу сообразить, где я и что со мной.
12. Я просыпаюсь с мыслью, что сегодня надо будет сделать.
13. Проснувшись, я люблю полежать в постели и помечтать.
14. Ни одно из определений ко мне не подходит.

АППЕТИТ И ОТНОШЕНИЕ К ЕДЕ

1. Неподходящая обстановка, грязь и разговоры о неаппетитных вещах никогда не мешали мне есть.
2. Периодами у меня бывает волчий аппетит, периодами ничего есть не хочется.
3. Я ем очень мало, иногда долго ничего не ем.
4. Мой аппетит зависит от настроения: то ем с удовольствием, то нехотя и через силу.
5. Я люблю лакомства и деликатесы.
6. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях.
7. У меня хороший аппетит, но я не обжора.
8. Есть кушанья, которые вызывают у меня тошноту и рвоту.
9. Я предпочитаю есть немного, но очень вкусное.
10. У меня плохой аппетит.
11. Я люблю сытно поесть.
12. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде.

13. Я боюсь испорченной пиши и всегда тщательно проверяю ее свежесть и доброкачественность.
14. Мне легко можно испортить аппетит.
15. Еда меня интересует прежде всего как средство поддержать здоровье.
16. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал.
17. Я плохо переношу голод: быстро слабею.
18. Я знаю, что такое чувство голода, но не знаю, что такое аппетит.
19. Еда не доставляет мне большого удовольствия.
20. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К СПИРТНЫМ НАПИТКАМ

1. Мое желание выпить зависит от настроения.
2. Я избегаю пить спиртное, чтобы не проболтаться.
3. Периодами я выпиваю охотно, периодами меня к спиртному не тянет.
4. Люблю выпить в веселой хорошей компании.
5. Я боюсь пить спиртное, потому что, опьянев, могу вызвать насмешки и презрение.
6. Спиртное не вызывает у меня веселого настроения.
7. К спиртному я испытываю отвращение.
8. Спиртным я стараюсь заглушить приступ плохого настроения, тоски или тревоги.
9. Я избегаю пить спиртное из-за плохого самочувствия и сильной головной боли впоследствии.
10. Я не пью спиртного, так как это противоречит моим принципам.
11. Спиртные напитки меня пугают.
12. Выпив немного, я особенно ярко воспринимаю окружающий мир.
13. Я выпиваю со всеми, чтобы не нарушать компанию.
14. Ни одно из определений ко мне не подходит.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

1. Половое влечение меня мало беспокоит.
2. Малейшая неприятность подавляет у меня половое влечение.
3. Я предпочитаю жить мечтами о подлинном счастье, чем разочаровываться в жизни.
4. Периоды сильного полового влечения чередуются у меня с периодами холодности и безразличия.
5. В половом отношении я быстро возбуждаюсь, но быстро успокаиваюсь и охладеваю.
6. При нормальной семейной жизни не существует никаких половых проблем.
7. У меня сильное половое влечение, которое мне трудно сдерживать.
8. Моя застенчивость мне очень сильно мешает.
9. Измены я бы никогда не простил.
10. Я считаю, что половое влечение нельзя сдерживать, иначе оно мешает плодотворной работе.

11. Наибольшее удовольствие мне доставляет флирт и ухаживание.
12. Я люблю анализировать свое отношение к половым проблемам, свое собственное влечение.
13. Я нахожу ненормальности в своем половом влечении и стараюсь бороться с ними.
14. Считаю, что половым проблемам не следует придавать большого значения.
15. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ОДЕЖДЕ

1. Люблю костюмы яркие и броские.
2. Считаю, что всегда надо быть прилично одетым, потому что «встречают по одежке».
3. Для меня главное, чтобы одежда была удобной, аккуратной и чистой.
4. Люблю одежду модную или необычную, которая невольно привлекает взоры.
5. Никогда не следую общей моде, а ношу то, что мне самому понравилось.
6. Люблю одеться так, чтобы было к лицу.
7. Не люблю слишком модничать, считаю — надо одеваться как все.
8. Часто беспокоюсь, что мой костюм не в порядке.
9. Об одежде я мало думаю.
10. Мне часто кажется, что окружающие осуждают меня за мой костюм.
11. Предпочитаю темные и серые тона.
12. Временами одеваюсь модно и ярко, временами своей одеждой не интересуюсь.
13. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ДЕНЬГАМ

1. Нехватка денег меня раздражает.
2. Деньги меня совершенно не интересуют.
3. Очень огорчаюсь и расстраиваюсь, когда денег не хватает.
4. Не люблю заранее рассчитывать все расходы, легко беру в долг, даже если знаю, что к сроку отдать мне будет трудно.
5. Я очень аккуратен в денежных делах и, зная, неаккуратность многих, не люблю давать в долг.
6. Если у меня взяли в долг, я стесняюсь об этом напомнить.
7. Я всегда стараюсь оставить деньги про запас на непредвиденные расходы.
8. Деньги мне нужны только для того, чтобы как-нибудь прожить.
9. Стараюсь быть бережливым, но не скупым, люблю тратить деньги с толком.
10. Всегда боюсь, что мне не хватит денег, и очень не люблю брать в долг.
11. Периодами я к деньгам отношусь легко и трачу их не задумываясь, периодами — боюсь остаться без денег

12. Я никогда и никому не позволю ущемлять меня в деньгах.
13. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К РОДИТЕЛЯМ

1. Очень боюсь остаться без родителей.
2. Я считаю, что родителей надо уважать, даже если хранишь против них в сердце обиды.
3. Люблю и привязан, но бывает, сильно обижаюсь и даже ссорюсь.
4. В одни периоды мне кажется, что меня слишком сильно опекали, в другие — укоряю себя за непослушание и причиненные родным огорчения.
5. Мои родители не дали мне того, что необходимо в жизни.
6. Упрекаю их в том, что в детстве они недостаточно уделяли внимания моему здоровью.
7. Очень люблю (любил) одного из родителей.
8. Я люблю их, но не переношу, когда мною распоряжаются и командуют.
9. Я очень люблю мать и боюсь, что с нею что-нибудь случится.
10. Упрекаю себя за то, что недостаточно сильно люблю (любил) родителей.
11. Они меня слишком притесняли и во всем навязывали свою волю.
12. Мои родные меня не понимают и кажутся мне чужими.
13. Я считаю себя виноватым перед ними.
14. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ДРУЗЬЯМ

1. Мне не раз приходилось убеждаться, что дружат из выгоды.
2. Хорошо себя чувствую с тем, кто мне сочувствует.
3. Для меня важен не один друг, а дружный коллектив.
4. Я ценю такого друга, который умеет меня выслушать, приободрить, вселить уверенность, успокоить.
5. 0 друзьях, с которыми пришлось расстаться, я долго не скучаю и быстро нахожу новых.
6. Я чувствую себя таким больным, что мне не до друзей.
7. Моя застенчивость мешает мне подружиться с тем, с кем хотелось бы.
8. Я легко завязываю дружбу, но часто разочаровываюсь и охладеваю.
9. Я предпочитаю тех друзей, которые внимательны ко мне.
10. Я сам выбираю себе друга и решительно бросаю его, если разочаровываюсь в нем.
11. Я не могу себе найти друга по душе.
12. У меня нет никакого желания иметь друга.
13. Периодами я люблю большие дружеские компании, периодами избегаю их и ищу одиночества.
14. Жизнь научила меня не быть слишком откровенным даже с друзьями.
15. Люблю иметь много друзей и тепло отношусь к ним.
16. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩИМ

1. Я окружен глупцами, невеждами и завистниками.
2. Окружающие мне завидуют и потому ненавидят меня.
3. В одни периоды мне хорошо с людьми, в другие — они меня тяготят.
4. Я считаю, что не следует выделяться среди окружающих.
5. Стараюсь жить так, чтобы окружающие не могли сказать обо мне ничего плохого.
6. Мне кажется, что окружающие меня презирают и смотрят на меня свысока.
7. Легко схожусь с людьми в любой обстановке.
8. Больше всего со стороны окружающих я ценю внимание к себе.
9. Я быстро чувствую хорошее или недоброжелательное отношение к себе и так же отношусь сам.
10. Я легко ссорюсь, но быстро и мирюсь.
11. Я часто подолгу размышляю, правильно или неправильно я что-нибудь сказал или сделал в отношении окружающих.
12. Людское общество меня быстро утомляет и раздражает.
13. От окружающих я стараюсь держаться подальше.
14. Я не знаю своих соседей и не интересуюсь ими.
15. Мне часто кажется, что окружающие подозревают меня в чем-то плохом.
16. Мне приходилось терпеть от окружающих много обид и обманов, и это всегда настораживает меня.
17. Мне часто кажется, что окружающие смотрят на меня как на никчемного и ненужного человека.
18. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К НЕЗНАКОМЫМ ЛЮДЯМ

1. Я отношусь настороженно к незнакомым людям и невольно опасаюсь зла.
2. Бывает, что совершенно незнакомый человек сразу внушает мне доверие и симпатию.
3. Я избегаю новых знакомств.
4. Незнакомые люди внушают мне беспокойство и тревогу.
5. Прежде чем познакомиться, я всегда хочу узнать, что это за человек, что говорят о нем люди.
6. Я никогда не доверяюсь незнакомым людям и не раз убеждался, что в этом я прав.
7. Если незнакомые проявляют интерес ко мне, то и я с интересом отношусь к ним.
8. Незнакомые люди меня раздражают, к знакомым я уже как-то привык.
9. Я охотно и легко завожу новые знакомства.
10. Временами я охотно знакомлюсь с новыми людьми, временами ни с кем знакомиться не хочется.
11. В хорошем настроении я легко знакомлюсь, в плохом — избегаю знакомств.
12. Я стесняюсь незнакомых людей и боюсь заговорить первым.
13. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ

1. Я считаю, что всякий человек не должен отрываться от коллектива.
2. В одиночестве я чувствую себя спокойнее.
3. Я не переношу одиночества и всегда стремлюсь быть среди людей.
4. Периодами мне лучше среди людей, периодами предпочитаю одиночество.
5. В одиночестве я размышляю или беседую с воображаемым собеседником.
6. В одиночестве я скучаю по людям, а среди людей быстро устаю и ищу одиночества.
7. Большей частью я хочу быть на людях, но иногда хочется побыть одному.
8. Я не боюсь одиночества.
9. Я боюсь одиночества, и тем не менее так получается, что нередко оказываюсь в одиночестве.
10. Я люблю одиночество.
11. Одиночество я переношу легко, если только оно не связано с неприятностями.
12. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ

1. Я мечтаю о светлом будущем, но боюсь неприятностей и неудач.
2. Будущее кажется мне мрачным и бесперспективным.
3. Я стараюсь жить так, чтобы будущее было хорошим.
4. В будущем меня больше всего беспокоит мое здоровье.
5. Я убежден, что в будущем исполнятся мои желания и планы.
6. Не люблю много раздумывать о своем будущем.
7. Мое отношение к будущему часто и быстро меняется: то строю радужные планы, то будущее мне кажется мрачным.
8. Я утешаю себя тем, что в будущем исполнятся все мои желания.
9. Я всегда невольно думаю о возможных неприятностях и бедах, которые могут случиться в будущем.
10. Мои планы на будущее я люблю разрабатывать в малейших деталях и во всех деталях стараюсь их осуществить.
11. Я уверен, что в будущем докажу всем свою правоту.
12. Я живу своими мыслями, и меня мало волнует, каким в действительности окажется мое будущее.
13. Периодами мое будущее кажется мне светлым, периодами — мрачным.
14. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К НОВОМУ

1. Периодами я легко переношу перемены в своей жизни и даже люблю их, но периодами начинаю их бояться и избегать.
2. Новое меня привлекает, но вместе с тем беспокоит и тревожит.
3. Я люблю перемены в жизни — новые впечатления, новых людей, новую обстановку.
4. У меня бывают моменты, когда я жадно ищу новые впечатления и новые знакомства, но бывает, когда я избегаю их.

5. Я люблю сам придумывать новое, все переиначивать и делать по-своему, не так, как все.
6. Новое меня привлекает, но часто быстро утомляет и надоедает.
7. Не люблю всяких новшеств, предпочитаю раз и навсегда установленный твердый порядок.
8. Я боюсь перемен в жизни: новая обстановка меня пугает.
9. Новое приятно, если только обещает для меня что-то хорошее.
10. Меня привлекает лишь то новое, что соответствует моим принципам и интересам.
11. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К НЕУДАЧАМ

1. Свои неудачи я переживаю сам и ни у кого не ищу сочувствия и помощи.
2. Периоды, когда я активно борюсь с неудачами, чередуются у меня с периодами, когда от малейших неудач опускаются руки.
3. Неудачи приводят меня в отчаяние.
4. Неудачи вызывают у меня сильное раздражение, которое я изливаю на невиновных.
5. Если случается неудача, я всегда ищу, что же я сделал неправильно.
6. Неудачи вызывают у меня протест и негодование и желание их преодолеть.
7. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставляю его безнаказанным.
8. При неудачах мне хочется убежать куда-нибудь подальше и не возвращаться.
9. Бывает, что малейшие неудачи приводят меня в уныние, но бывает, что серьезные неприятности я переношу стойко.
10. Неудачи меня угнетают, и я прежде всего виню самого себя.
11. Неудачи меня не задевают, я не обращаю на них внимания.
12. При неудачах я еще больше мечтаю об исполнении своих желаний.
13. Я считаю, что при неудачах нельзя отчаиваться.
14. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ПРИКЛЮЧЕНИЯМ И РИСКУ

1. Люблю всякие приключения, даже опасные, охотно иду на риск.
2. Я много раз взвешиваю все «за» и «против» и все никак не решаюсь рискнуть.
3. Мне не до приключений, а рискую я, только если к этому принуждают обстоятельства.
4. Я не люблю приключений и избегаю риска.
5. Я люблю мечтать о приключениях, но не ищу их в жизни.
6. Временами я люблю приключения и часто рискую, но временами приключения и риск становятся мне не по душе.
7. Приключения я люблю только веселые и те, что хорошо кончаются, а рисковать не люблю.
8. Я специально не ищу приключений и риска, но иду на них, когда этого требует мое дело.

9. Приключения и риск меня привлекают, если в них мне достается первая роль.
10. Бывает, что риск и азарт меня совершенно опьяняют.
11. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ЛИДЕРСТВУ

1. Я могу идти впереди других в рассуждениях, но не в действиях.
2. Я люблю быть первым в компании, руководить и направлять других.
3. Я люблю опекать кого-либо одного, кто мне понравится.
4. Я всегда стремлюсь учить людей правилам и порядку.
5. Одним людям я нехотя подчиняюсь, другими командую сам.
6. Периодами я люблю «задавать тон», быть первым, но периодами мне это надоедает.
7. Я люблю быть первым там, где меня любят; бороться за первенство я не люблю.
8. Я не умею командовать другими.
9. Я не люблю командовать людьми: ответственность меня пугает.
10. Всегда находятся люди, которые слушаются меня и признают мой авторитет.
11. Я люблю быть первым, чтобы мне подражали, за мной бы следовали.
12. Я охотно следую за авторитетными людьми.
13. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К КРИТИКЕ И ВОЗРАЖЕНИЯМ

1. **Я** не слушаю возражений и критики и всегда думаю и делаю по-своему.
2. Слушая возражения и критику, я ищу довода в свое оправдание, но не всегда решаюсь его высказать.
3. Возражения и критика меня особенно раздражают, когда я устал и плохо себя чувствую.
4. Критика и осуждения в мой адрес лучше равнодушия и пренебрежения ко мне.
5. Не люблю, когда меня критикуют и мне возражают, — сержусь и не всегда могу сдержать свой гнев.
6. Когда меня критикуют или мне возражают, это меня сильно огорчает и приводит в уныние.
7. От критиков мне хочется убежать подальше.
8. В одни периоды критику и возражения я переношу легко, в другие — очень болезненно.
9. Возражения и критика, резкие и грубые по форме, меня очень огорчают, даже если они касаются мелочей.
10. Я не слышал еще справедливой критики в свой адрес или справедливых возражений на мои доводы.
11. Я стараюсь правильно реагировать на критику.
12. Я убедился, что критикуют обычно только для того, чтобы тебе напакостить или самим выдвинуться.

13. Если меня критикуют или мне возражают, мне всегда начинает казаться, что другие правы, а я — нет.
14. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ОПЕКЕ И НАСТАВЛЕНИЯМ

1. Я слушаю наставления только тех, кто имеет на это право.
2. Я охотно слушаю те наставления, которые касаются моего здоровья.
3. Не выношу, когда меня опекают и за меня все решают.
4. Я не нуждаюсь в наставлениях.
5. Я охотно слушаюсь того, кто, знаю, меня любит.
6. Я стараюсь слушать полезные наставления, но это не всегда у меня получается.
7. Временами все наставления пролетают мимо моих ушей, а временами я ругаю себя за то, что не слушал их раньше.
8. Совершенно не переношу наставления, если они делаются начальственным тоном.
9. Я внимательно слушаю наставления и не противлюсь, когда меня опекают.
10. Я охотно слушаю те наставления, что мне приятны, и не переношу тех, что мне не по душе.
11. Я люблю, когда обо мне заботятся, но не люблю, чтобы мною командовали.
12. Я не решаюсь прервать даже вовсе никчемные для меня наставления или избавиться от ненужного мне покровительства.
13. Наставления вызывают у меня желание делать все наоборот.
14. Я допускаю опеку над собой в повседневной жизни, но не над моим душевным миром.
15. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ПРАВИЛАМ И ЗАКОНАМ

1. Когда правила и законы мне мешают, это вызывает у меня раздражение.
2. Всегда считаю, что для интересного и заманчивого дела всякие правила и законы можно обойти.
3. Логически обоснованные правила я стараюсь соблюдать.
4. Я часто боюсь, что меня по ошибке примут за нарушителя законов.
5. Ужасно не люблю всякие правила, которые меня стесняют.
6. Периоды, когда я не очень слежу за тем, чтобы соблюдать все правила и законы, чередуются с периодами, когда я упрекаю себя за недисциплинированность.
7. Всякие правила и распорядки вызывают у меня желание нарочно их нарушать.
8. Правила и законы я всегда соблюдаю.
9. Всегда слежу за тем, чтобы все соблюдали правила.
10. Часто упрекаю себя за то, что нарушал правила и не строго соблюдал законы.

11. Я стремлюсь соблюдать правила и законы, но это не всегда мне удается.
12. Строго следую тем правилам, которые считаю справедливыми, борюсь с теми, которые считаю несправедливыми.
13. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОЦЕНКА СЕБЯ В ДЕТСТВЕ

1. В детстве я был робким и плаксивым.
2. Очень любил сам сочинять всякие сказки и фантастические истории.
3. В детстве я избегал шумных подвижных игр.
4. Я был как все дети и ничем не отличался от моих сверстников.
5. Периодами мне кажется, что в детстве я был живым и веселым, периодами начинаю думать, что был очень непослушным и беспокойным.
6. Я с детства был самостоятельным и решительным.
7. В детстве я был веселым и отчаянным.
8. В детстве я был обидчивым и чувствительным.
9. В детстве я был очень непоседливым и болтливым.
10. В детстве я был таким же, как сейчас: меня легко было огорчить, но и легко успокоить и развеселить.
11. С детства я стремился к аккуратности и порядку.
12. В детстве я любил играть один или смотреть издали, как играют другие дети.
13. В детстве я больше любил беседовать со взрослыми, чем играть с ровесниками.
14. В детстве я был капризным и раздражительным.
15. В детстве я плохо спал и плохо ел.
16. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОТНОШЕНИЕ К ШКОЛЕ

1. Любил вместо школьных занятий отправиться с приятелями погулять или сходить в кино.
2. Сильно переживал замечания и отметки, которые меня не удовлетворяли.
3. В младших классах любил школу, потом она стала меня тяготить.
4. Периодами любил школу, периодами она мне начинала надоедать.
5. Не любил школу, потому что все педагоги относились ко мне несправедливо.
6. Школьные занятия меня очень сильно утомляли.
7. Больше всего любил школьную самодеятельность.
8. Любил школу, потому что там была веселая компания.
9. Стеснялся ходить в школу: боялся насмешек и грубости.
10. Очень не любил физкультуры.
11. Посещал школу регулярно и всегда активно участвовал в общественной работе.
12. Школьная обстановка меня очень тяготила.
13. Старался аккуратно выполнять все задания.
14. Ни одно из определений ко мне не подходит.

ОЦЕНКА СЕБЯ В ДАННЫЙ МОМЕНТ

1. Мне не хватает холодной рассудительности.
2. Временами я доволен собой, временами ругаю себя за нерешительность и вялость.
3. Я слишком мнителен, без конца тревожусь и беспокоюсь обо всем.
4. Я не виновен в том, что возбуждаю зависть у других.
5. Мне не хватает усидчивости и терпения.
6. Считаю, что я ничем не отличаюсь от большинства людей.
7. Мне не хватает решительности.
8. Я не вижу у себя больших недостатков.
9. В хорошие минуты я вполне доволен собой, в минуты дурного настроения кажется, что мне не хватает то одного, то другого качества.
10. Я слишком раздражителен.
11. Другие находят у меня крупные недостатки, я считаю, что они преувеличивают.
12. Я страдаю от того, что меня не понимают.
13. Я чрезмерно чувствителен и обидчив.
14. Ни одно из определений ко мне не подходит.

Обработка. С использованием приведенных ниже кодов производится оценка тех или иных особенностей испытуемого.

Самочувствие			Настроение			Сон и сновидения		
1	А		1	ГН		1	ГН	
2	Г	d	2	П	Г	2		Э
3	Ц		6	ЦА		3	К	
4	П		7	Ш		4	Ad	В
5	АА		10	СЛ	Д	5		Ц
8	Ц		11	Т		6	Ц	
9	ННД		12		d	7	А	
10		С				10	ЛА	
						14		А

Пробуждение ото сна			Аппетит и отношение кеде			Отношение к спиртному		
1	Э	Л	1	Ш		1	2	Ц
2		К	2	Т		3	1	
3	Т		3	А	ЦЭ	4	ГГ+2	С - 1
4	Ц		5	ЛЛП		5	-1	2
7		Л	6	СТ		6	-1	1
8	А		11	Н		7		ЦЛ2
9	НН		16		И	8	1	
11	d		17	Ц		9	П	

Пробуждение ото сна			Аппетит и отношение к еде			Отношение к спиртному		
12	Ц					10	СШП - 3	1
						11		И
						12	Ud	
						13	А	Л
						0		ОЭ

Сексуальные проблемы			Отношение к одежде			Отношение к деньгам		
1	ННД		1		АВ	2	Ц	ЭИД
2		Ц	4	ИИ	К	4	И	
5		НН	5	АС		6	ЛА	И
7		КВ	6	К				
8		ИИ						
11		ЛС						
13	ТТТ	ГЛ						
14	ЛИ							

Отношение к родителям			Отношение к друзьям			Отношение к окружающим		
1	П		1	Д		2		Э
3	ЛЛВ		3	ГЦ		7	Г	С
5	Е	К	4	К		10	В	С
8	Е		6			13		П
9	ПП		7	ее		16	d	
11	Е	ГЛПЭ	12	Д				
12	ШЕ		14	Л				
13	3d		15	А				
0	ОЕ							

Отношение к новому			Отношение к неудачам			Отношение к риску		
5	Ш		1	ШВ	ППЭ	1	Г	ее
6		Э	2		ЭЭ	2	С	
7		ИД	3	Э	В	3	С	
8	d		5	И		5		ЭЭ
9	ЛЭ		7	33d		6	В	
10	ПШШ Э		8		Л	9	Г	
			10	П	Ц	10		ЛН
			13	К				

Отношение к незнакомым			Отношение к одиночеству			Отношение к будущему		
1	ЭЭ	Г	1	Н	ШШ	5	ГГ	
2		ЭЭ	2	СШШ		7	П	
8	**Ц**	ПП	3	ГЭН	еПШ ШШ	8	Э	
9	ГЦ	**С**	4	ЛА		10		П
12	**ее**		5		**эй в**	11	d	
			6	d				
			8	Ш				
			11	Л				

Отношение к лидерству			Отношение к критике			Отношение к опеке		
1	Ц		1	ШШЕ	К	1	ЦП	
4		И	5	Е	Л	2	ЭЭ	
7	ПП		7	Hed		3	ДЕ	
8	ЛС		8	Т		4	Е	
9		И	9	А		6	ЦЛ	
			10	Е	ПП	8	Е	
			11	Ц	d	9		И
			12	Е	И	11	ИИЕ	
			0	ОЕ	АО	12		И
						13	Е	
						14	Е	
						0	ОЕ	

Отношение к правилам			Оценка себя в детстве			Отношение к школе		
1	Е	К	2	Г		1	ГЭИН Н	
2	ГГЕ	С	4	Д	**Ц**	2	Э	ЭЭН
4	*а*	Г	7	Г	**С**	3	**Ц**	
5	Е	**Л**	8	**ее**		6	d	
7	Е	**Ц**	10	Л		9		И
8		ddd	11		ИИ	11		Uiiudd
9		И	12		**Л**	13	Ц	d
10	d		13	И				
11	Л		14	ЭЭ	Л			
0	ОЕ							

Оценка себя в данный момент		
1		Г
2	**ТТ**	
3	А	
6		**ШП**
8	**ЭИ**	**А**
11	**d**	
12	ШИ	
13	С	

Интерпретация. *Типы акцентуаций характера:* Г— гипертимный, Ц — циклотимный, Л — лабильный, А— астено-невротический, С — сенситивный, П — психастенический, Ш — шизоидный, Э — эпилептоидный, И — истероидный, Н — неустойчивый, К — конформный.

Дополнительные показатели: Д — показатель диссимуляции, Т — показатель откровенности, В — показатель черт характера, присущих органическим психопатиям, Е — степень отражения реакции эмансипации в самооценке, *d* — показатель психологической склонности к делинквентности.

Определение степени конформности. Если К = 1 или К = 0, то это свидетельствует о низкой конформности или даже о нонконформизме. В самооценке это наиболее присуще представителям шизоидного и истероидного типов. При К = 2 или К = 3 конформность умеренная, при К = 4 и К = 5 — средняя, а при К = 6 и более — высокая.

Определение негативного отношения к исследованию. Величина показателя О, равная 6 и более баллам, свидетельствует о скрытом негативном отношении к исследованию. Надежность правильности диагностики типа при этом снижается.

Определение возможной склонности к диссимуляции. Если показатель Д превышает показатель Т на 4 и более баллов, то это свидетельствует в пользу возможной диссимуляции. Констатация возможной диссимуляции снижает надежность диагностики типа и практически полностью исключает правильную диагностику типов Ц и К. Сам по себе высокий показатель Д, особенно если Д = 6 и более балам, наиболее часто встречается у представителей типа Н.

Диагностика органической природы психопатии или акцентуации характера. Указание на возможную органическую природу может быть получено с помощью индекса В (Brain minimal damage), если его величина равна 5 и более баллам. Показатель В < 5 не исключает органического генеза, так как лишь у 45% органических психопатий показатель В = 5 и более баллам. Обратная ошибка (В ? 5) при отсутствии каких-либо признаков органического резидуума, черепно-мозговых травм, инфекций или тяжелых нейроинтоксикаций в анамнезе не превышает 8%. Высокий индекс В часто встречается также у представителей типа Э.

Оценка реакции эмансипации, точнее, ее отражение в самооценке, но не в поведении, проводится на основании показателя Е; если он равен 0 или 1 —

реакция эмансипации слабая, если Е равен 2 или 3 — типы С и П не диагностируются независимо от числа баллов в их пользу, так как представителям этих типов выраженная реакция эмансипации не свойственна. Высокий показатель Е, равный 6 и более баллам, чаше всего встречается у представителей типов Ш и И. По-видимому, это связано с нередко присущим представителям этих типов нонконформизмом. Следует отметить, что у гипертимного типа реакция эмансипации нередко бывает сильно выражена в поведении, но ее отражение в самооценке гораздо более умеренное.

Оценка психологической склонности к делинквентности на основании показателя d неодинакова для подростков мужского и женского пола и для представителей разных типов. В данном коде даны баллы для подростков мужского пола. Низкий балл делинквентности вовсе не свидетельствует об отсутствии склонности к ней (кроме случаев, где диагностирован тип С). Указанием на возможную склонность к делинквентности служит показатель d, если он равен 4 баллам и более. При типах Ш и Н склонность к делинквентности не может быть определена с помощью данного показателя. У представителей типа III этот показатель может быть весьма высоким безо всякой склонности к делинквентности. При типе Н он обычно низок, но представители этого типа не нуждаются в выявлении склонности к делинквентности с помощью особого показателя, так как в условиях безнадзорности они, как правило, обнаруживают делинквентное поведение.

Оценка психологической склонности к алкоголизации. Цифровые баллы за выборы, сделанные по теме «Отношение к спиртным напиткам» в 1 и 2 исследованиях, суммируются алгебраически, то есть с учетом знака. При суммарной величине +2 и выше можно говорить о наличии психологической склонности к употреблению спиртных напитков. Очень высокие показатели (+6 и выше) свидетельствуют не об интенсивной алкоголизации, а о стремлении демонстрировать свою склонность к выпивкам (чаще встречается у представителей типа И). Отрицательная величина говорит об отсутствии психо-

10																	
9							*										
8							*										
7							X										
6							X										X
5							X						X				X
4			X		X	X	X	X		X			X			X	X
3	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X			X	X
2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X			X	X
1	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Г	**Ц**	**Л**	**А**	**С**	**П**	**Ш**	**Э**	**И**	**Н**	**К**	**О**	**Д**	**Т**	**В**	**Е**	d

Примечание. Знаком * отмечены дополнительные баллы в пользу типа Ш, 1 балл за К = 1 и 1 балл за *d*= 6.

логической склонности к алкоголизации, величина, равная 0 или +1, является неопределенным результатом.

Для подсчета баллов суммируются баллы, полученные в 1 и во 2 исследованиях.

Дополнительные баллы, начисляемые по шкале объективной оценки

Показатели по графику шкалы объективной оценки	Начисляемые баллы
Г = 0 или 1	п,с
Ц > 6	Л
А > 4	Л
П = 0 или 1	н
Н = 0 или 1	п
К = 0	ш,ш, и
К = 1	ш
Д > 6	н
т>д	п, п, ц
В = 5	э
В > 6	э, э
Е > 6	щ, и
d > 5	ш

Примечание. Знак > обозначает больше или равно.

Наличие ошибок в выборах (один и тот же номер выбора на одну тему в 1 и 2 исследованиях): за 1 ошибку — Э, за 2 и более — Э, Э.

Опросник для выявления ранних признаков алкоголизма (К. К. Яхин, В. Д. Менделевич)

Применяется с целью выявления признаков алкоголизма и бытового пьянства.

Инструкция. Испытуемый должен отметить знаком «+» те вопросы, на которые дает ответ «да», знаком «-» — те, на которые дает ответ «нет».

1. Принято ли у вас хранить в доме запасы спиртных напитков?
2. Легко ли вас переспорить?
3. Откажетесь ли вы от затеи выпить, если у вас не хватит немного денег?
4. Верно ли, что нужно много доказательств для убеждения людей в какой-нибудь истине?
5. Приходилось ли вам одалживать деньги на выпивку?
6. Верно ли, что большинство людей честны лишь из-за страха на обмане попасться?
7. Вы считаете, что ваша семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства ваших знакомых?

8. Бывает ли, что вас иногда подмывает затеять с кем-нибудь драку?
9. Бывают ли у вас периоды, когда вы что-то делали, а потом не знали, что именно вы делали?
10. Верно ли, что скандал из-за лишней рюмки часто разрушает семью?
11. Вам все равно, что о вас думают другие?
12. Вы считаете, что длинные тосты мешают хорошему проведению застолья?
13. Верно ли, что жены сами часто виноваты в том, что их мужья много пьют?
14. Ваши родственники часто были настроены против ваших знакомых?
15. Считаете ли вы проявлением неуважения к компании, если человек отказывается от выпивки, ссылаясь на состояние своего здоровья?
16. Верно ли, что единственная интересная страница в газетах — это раздел юмора?
17. Глупо осуждать человека, обманувшего того, кто сам позволяет себя обманывать?
18. Оправдываете ли вы начальство за выговор человеку, пришедшему на работу с похмелья после поминок?
19. Думаете ли вы в разгар застолья о том, чтобы припасти спиртное на утро?
20. Приходилось ли вам сожалеть (испытывать чувство неловкости) о своем поведении в нетрезвом виде, о котором вы сами не помните?
21. Прежде чем что-нибудь сделать, вам обычно необходимо остановиться и подумать, даже если речь идет о мелочах?
22. Может ли умеренно пьющий человек случайно попасть в медвытрезвитель?
23. Ослабевает ли у вас желание выпить после сытного обеда?
24. Считаете ли вы, что будущее настолько неопределенно, что бессмысленно строить какие-либо серьезные планы?
25. Играете ли вы в домино, в шашки во дворе после работы?
26. Меняют ли ваше настроение мысли о предстоящей выпивке?
27. Опохмеляетесь ли вы?
28. Бывает ли, чтобы вы не помнили наутро то, что делали в нетрезвом виде накануне?
29. Ограничиваете ли вы гостей в выпивке у себя дома?
30. Часто ли на следующий день после выпивки вы плохо себя чувствуете?
31. Легко ли изменить мнение, если до этого оно казалось вам окончательным?
32. Приходилось ли вам изредка сожалеть о том, что не хватает выпивки?
33. Замечаете ли вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?
34. После сна вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (неотдохнувшим)?
35. Замечаете ли вы, что прежняя работа дается вам труднее и требует больших усилий?

Обработка. Выбранные ответы анализируют на основании диагностических таблиц, суммируя полученные баллы (коэффициенты) по всем вопросам.

Таблица диагностических **коэффициентов**

Вопрос	Да	Нет	Вопрос	Да	Нет
1	2,6	-1,1	18	-3	2,6
2	-2,6	0,4	19	-8,1	1,5
3	-1,3	1,3	20	-5,3	8,8
4	-2	1,5	21	-3,4	4,8
5	-9,5	35	22	-3	5,1
6	-3	0,8	23	-3,4	3,8
7	2,6	-4,5	24	-9	1,8
8	3,8	-1,1	25	-16	2,3
9	-5,5	1,5	26	-3,8	3
10	-1,8	5,1	27	-17	3,8
11	-12,6	0,8	28	-5,3	2,8
12	-4,2	1,5	29	-2	3,4
13	1,5	-2	30	-2,3	3,8
14	-4,5	1,8	31	-4,5	1,8
15	-12,6	0,8	32	-5,3	2,6
16	-12	1,5	33	-11	4,5
17	-6	3,8	34	-7	2,3
			35	-6	1,8

Интерпретация. Уровень алкоголизма — ниже — 12,8 баллов; уровень бытового пьянства от + 12,8 до — 12,8; уровень здоровья — выше + 12,8 баллов.

Тест «Склонность к зависимому поведению» (В. Д. Менделевич)

Применяется с целью выявления склонности к зависимому поведению.

Инструкция. Испытуемый должен, пользуясь данной шкалой, указать, в какой степени он согласен или не согласен с каждым из следующих утверждений, ставя X в соответствующем месте. Можно давать только один ответ на каждое утверждение:

1 — совершенно не согласен (совсем не так);
2 — скорее не согласен (скорее не так);
3 — ни то ни другое (и так, и не так);
4 — скорее согласен (скорее так);
5 — совершенно согласен (именно так).

№	Утверждения	1	2	3	4	5
1	Я склонен разочаровываться в людях					
2	Верить в приметы глупо					
3	Часто бывает, что я обижаюсь на родителей или друзей					
4	Нередко я опаздываю на учебу (работу) или на встречу из-за непредвиденных случайностей в пути					
5	Окружающие часто удивляют меня своим поведением					
6	Мои родители часто пытаются обращаться со мной как с маленьким ребенком					
7	Я люблю планировать свое время до мелочей и с точностью до минут					
8	Мне кажется, что я чувствую происходящее вокруг более остро, чем другие					
9	Родители сами виноваты в том, что их дети начинают принимать наркотики («колоться»)					
10	Для меня не существует абсолютных авторитетов					
11	В детстве был период, когда я страстно любил что-либо подсчитывать (количество окон, ступеней, номера машин)					
12	Если бы родители или другие взрослые больше бы говорили с детьми о вреде наркотиков, то мало кто становился бы наркоманом					
13	Мне легче перенести скандал, чем однообразную размеренную жизнь					
14	Я верю в порчу и сглаз					
15	Прежде, чем что-либо предпринять, я стараюсь предусмотреть все опасности, которые могут подстерегать меня					
16	Если я чем-то увлеченно занят, то часто даже не замечаю, что происходит вокруг					
17	Я живу и поступаю в соответствии с поговоркой: «Надейся на лучшее, но готовься к худшему»					
18	Меня нелегко убедить в чем бы то ни было					
19	Меня нередко обманывали (обманывают)					
20	Неизвестность для меня очень мучительна и тягостна					
21	Меня раздражает, когда на улице, в магазине или в транспорте на меня пристально смотрят					
22	Жизнь малоинтересна, когда в ней нет опасностей					
23	Я не уважаю тех, кто отрывается от коллектива					
24	Некоторые люди одним прикосновением могут исцелить больного человека					

№	Утверждения	1	2	3	4	5
25	Жизнь должна быть радостной, иначе незачем жить					
26	Я хорошо ориентируюсь во времени и, не глядя на часы, могу точно сказать, который сейчас час					
27	Если я хочу что-нибудь сделать, но окружающие считают, что этого делать не стоит, я готов отказаться от своих намерений					
28	В детстве я часто отказывался оставаться один					
29	Мне нередко бывает скучно, когда нечем себя занять					
30	В жизни надо попробовать все					
31	Я легко могу заснуть в любое удобное время (и ночью и днем)					
32	После того, как я схожу в лес за грибами, у меня долго перед глазами могут сохраняться воспоминания о грибах					
33	Я люблю помечтать о том, на что я потрачу возможный будущий выигрыш в лотерее, как поступлю с обещанным подарком					
34	Часто думаю: «Хорошо бы стать ребенком»					
35	Мне часто трудно находить правильные слова для моих чувств					
36	Для меня несложно дать знакомому денег взаймы на покупку спиртного					
37	Я склонен жить, стараясь не отягощать себя раздумьями о том, что может произойти со мной в будущем					
38	Я люблю, когда мне гадают на картах или по руке					
39	Мне хорошо удается копировать мимику и жесты других людей					
40	Когда меня будят ночью или рано утром, то я долго не могу понять, что происходит вокруг					
41	Музыку я люблю громкую, а не тихую					
42	У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне точное определение					
43	Человек должен стараться понимать свои сны, руководствоваться ими в жизни и извлекать из них предостережения					
44	Меня трудно застать врасплох					
45	Все известные мне «чудеса» объясняются очень просто: обман и фокусы					
46	Меня считают наивным человеком, поскольку мне часто случается попадать впросак					

№	Утверждения	1	2	3	4	5
47	Наркотики бывают «легкими», и они не вызывают наркомании					
48	Я иногда чувствовал, что кто-то посредством гипноза заставлял меня совершать какие-либо поступки					
49	Мои знакомые считают меня романтиком					
50	Я верю в чудеса					
51	Даже психически здоровый человек иногда не может отвечать за свои поступки					
52	Меня часто озадачивает поведение и поступки людей, которых я давно знаю					
53	Никому нельзя доверять — это правильная позиция					
54	Самое счастливое время жизни — это молодость					
55	В детстве я боялся, что мама может бросить меня, уйти из дома и не вернуться					
56	Я склонен лучше помнить неприятные события, происшедшие со мной в действительности, чем собственные прогнозы по поводу возможности таких событий					
57	Я люблю советоваться с друзьями (или взрослыми), как поступить в сложной ситуации					
58	Я бы согласился пожить пусть мало, но бурно					
59	Я бы мог на спор ввести себе в вену наркотик (героин)					
60	Часто меня не оценивали по заслугам					
61	Я всегда точно могу сказать, сколько денег я потратил и сколько у меня осталось					
62	В детстве я долго не мог привыкнуть к детскому саду (яслям) и не хотел туда из-за этого ходить					
63	Своим друзьям или подругам я доверяю полностью и убежден, что они меня никогда не обманут и не предадут					
64	Опасность употребления наркотиков явно преувеличена					
65	В жизни все-таки мало ярких событий					
66	Я не люблю длительные поездки в поезде или на автобусе					
67	Меня раздражает грязное стекло, потому что весь мир тогда кажется грязным и серым					
68	Когда мне скучно, я обычно ложусь поспать					
69	Часто родители (или взрослые) упрекают меня в том, что я слушаю излишне громкую музыку					

№	Утверждения	1	2	3	4	5
70	Очень мучительно чего-либо ждать					
71	Я мог бы после некоторых предварительных объяснений управлять маленьким (спортивным) самолетом					
72	Я нередко просыпаюсь утром за несколько секунд или минут до звонка будильника					
73	Если бы случился пожар и мне надо было бы из окна пятого этажа прыгнуть на тент, развернутый пожарниками, я бы не задумываясь сделал это					
74	Мне жалко наивных людей					
75	Меня смущает, когда люди долго и пристально смотрят мне в глаза					
76	Рисковать всем, например в казино, могут только сильные люди					
77	В том, что подросток становится наркоманом, виноваты те, кто продает наркотики					
78	Я люблю очень быструю, а не медленную езду					
79	Я доверяю предсказаниям гороскопов и следую содержащимся в них рекомендациям					
80	Меня очень интересуют лотереи					
81	Прогнозировать будущее — бесполезное дело, т. к. многое от тебя не зависит					
82	Я способен с легкостью описывать свои чувства					
83	У меня в жизни бывали случаи, когда я что-то делал, а потом не помнил, что именно					
84	Считаю, что любопытство — не порок					
85	Бывает, что меня пугают люди с громким голосом					
86	У меня было (есть) много увлечений (интересов, хобби)					
87	Когда я остаюсь дома, то мне часто бывает не по себе от одиночества					
88	Я не суеверен					
89	Мне говорили, что у меня неплохие способности имитировать голоса или повадки людей					
90	Есть люди, которым я верю безоговорочно					
91	Случается, что во время разговора с заикающимся я сам начинаю говорить сбивчиво и с запинками					
92	Самое тягостное в жизни — это одиночество					
93	Если я начинаю играть в какую-нибудь игру, то меня нередко нелегко оторвать от нее					
94	Бывает, что я могу сделать назло даже то, что мне самому окажется невыгодным					

№	Утверждения	1	2	3	4	5
95	Меня всегда притягивала и притягивает таинственность, загадочность, мистика					
96	Бывало, что я на улице соглашался на игру с «наперсточниками»					
97	Я знаю многих ребят, кто употребляет или употреблял наркотики					
98	Я, как правило, ставлю будильник так, чтобы не только все успеть сделать до ухода из дома, но и иметь несколько минут в запасе					
99.	В своей жизни я часто сталкиваюсь (сталкивался) с невообразимым стечением неблагоприятных обстоятельств					
100	Я готов полностью подчиниться и даже доверить свою судьбу, но только тому, кого действительно уважаю					
101	Я люблю рисковать					
102	Среди моих знакомых есть люди, которые обладают даром убеждать					
103	Меня часто невозможно оторвать от интересного дела, игры, занятия					
104	Я мог бы прыгнуть с парашютом					
105	Мне все равно, что обо мне думают окружающие					
106	Меня многое в жизни удивляет					
107	Я могу переспорить кого угодно					
108	Я вошел бы вы вместе с укротителем в клетку со львами, если бы он мне сказал, что это безопасно					
109	Если меня о чгм-то просят, мне трудно отказать					
ПО	Мне легче придумать свои собственные примеры, чем выучить наизусть примеры из учебника					
111	Мне никогда не бывает скучно					
112	Часто я сам от себя не ожидаю какого-либо поступка					
113	В детстве у меня какое-то время были тики или разнообразные повторяющиеся движения					
114	Я люблю помечтать					
115	Меня влечет все новое и необычное					
116	Со мной нередко бывают «несчастные случаи» и всяческие происшествия					

Обработка. *Прямые вопросы* (баллы подсчитываются в соответствии с отмеченными испытуемым) — «5» — 5, «4» — 4, «3» — 3, «2» — 2, «1» — 1), *обратные вопросы* (баллы подсчитываются наоборот — «5» — 1, «4» — 2, «3» — 3, «2» — 4, «1» — 5). Обработке подвергаются лишь ответы на вопросы, отмеченные в табл. 1. Ответы на иные вопросы не обрабатываются.

Для оценки склонности к зависимому поведению баллы ответов на прямые и обратные вопросы суммируются по каждой шкале отдельно.

Для оценки склонности к зависимости суммируются баллы, полученные за ответы на следующие вопросы (первый и второй столбцы). Они же используются для оценки склонности к наркозависимости. Склонность к алкогольной зависимости оценивается с использованием ответов на прямые и обратные вопросы, приведенные соответственно в третьем и четвертом столбцах.

	№ прямых вопросов	№ обратных вопросов	№ прямых вопросов	№ обратных вопросов
	1	2	3	• 2 1
	3	12	5	29
	4	29	14	38
	16	30	15	41
	19	41	16	44
1*4.	24	45	17	64
	26	53	19	65
	48	61	20	67
	50	65	24	75
	52	67	26	77
	54	69	30	81
	59	72	43	
	76	77	48	
	79	78	76	
	80	81	79	
	89	86	84	
	91	112	91	
	96	114	95	
	97		97	
	100		100	
	107		107	
	ПО		112	
	116		113	
			116	

Интерпретация

Зависимости	Признаки тенденции	Признаки noBbiuieHHot склонности	Признаки высокой вероятности
Зависимость (наркозависимость)	> 98 баллов	> 107 баллов	> 116 баллов
Алкогольная зависимость	> 99 баллов	> 105 баллов	> 111 баллов

Максимальные баллы: по наркозависимости — 205, по алкогольной зависимости — 175.

Приложение 3

ОТВЕТЫ К ПРОГРАММИРОВАННОМУ КОНТРОЛЮ ЗНАНИЙ

Глава 1. «Поведенческая норма, патология, девиации»

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	г	**8**	д
2	а	9	**б**
3	г	**10**	а
4	а	**11**	**б**
5	г	**12**	г
6	в	**13**	в
7	а	**14**	**д**
		15	г

Глава 2. «Психология гармоничного и нормативного поведения»

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	д	**11**	**д**
2	в	**12**	а
3	**а**	**13**	г
4	**б**	**14**	**б**
5	**а**	**15**	а
6	а	**16**	в
7	**б**	**17**	**а**
8	**б**	**18**	а
9	д	**19**	а
10	в	**20**	д

Глава 3. «Типы, формы и структура девиантного поведения»

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	д	11	д	21	г
2	а	12	г	22	г
3	в	13	в	23	г
4	д	14	б	24	г
5	а	15	д	25	б
6	г	16	в	26	в
7	в	17	б	27	б
8	в	18	д	28	д
9	б	19	б	29	д
10	б	20	а	30	б

Глава 4. «Этнокультуральные варианты девиантного поведения»

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	д	6	д
2	в	7	д
3	д	8	в
4	в	9	д
5	б	10	б

Глава 5. «Гендерные варианты девиантного поведения»

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	б	6	б
2	г	7	б
3	д	8	б
4	г	9	г
5	б	10	б

Глава 6. «Возрастные варианты девиантного поведения»

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	а	6	а	11	г
2	в	7	а	12	б
3	а	8	а	13	а
4	в	9	д	14	в
5	а	10	в	15	г

Глава 7. «Профессиональные варианты девиантного поведения»

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	г	7	а
2	б	8	д
3	д	9	б
4	в	10	а
5	в	11	**в**
6	г	12	г

Глава 8. «Девиантное поведение у хронически больных»

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	б	9	в
2	г	10	б
3	б	11	б
4	г	12	д
5	в	13	б
6	б	14	д
7	а	15	б
8	д		

Глава 9. «Психологическая и психофармакологическая коррекция и терапия девиантного поведения»

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	в	11	д	21	д
2	а	12	б	22	г
3	б	13	д	23	г
4	д	14	в	24	г
5	а	15	д	25	б
6	а	16	г	26	в
7	д	17	в	27	г
8	в	18	г	28	**в**
9	а	19	б	29	г
10	в	20	а	30	а

Владимир Давидович Менделевич

ПСИХОЛОГИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Учебное пособие

Главный редактор *И. Авидон*
Технический редактор *О. Колесниченко*
Художественный редактор *П. Борозенец*
Корректор *А. Борисенкова*
Директор *Л. Янковский*

Подписано в печать 20.08.2005. Формат 70x100 %б. Усл. печ. л. 35,9.
Тираж 3000 экз. Заказ № 4226

ООО Издательство «Речь»
199178, Санкт-Петербург, ул. Шевченко, д. 3 (лит. «М»), пом. 1
тел. (812) 323-76-70, info@rech.spb.ru, www.rech.spb.ru
Интернет-магазин: www.internatura.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов в ГУП «Типофафия "Наука"»
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, д. 12